**ARRÊTÉ PORTANT MISE EN CONGÉ DE PROCHE AIDANT**

**De** **………….. né(e)** **………………**

**Grade** **…………..**

**Le/la Maire (Président(e)) de .................................................,**

**Vu** le Code Général de la Fonction Publique,

**(le cas échéant, fonctionnaire stagiaire) *Vu*** *le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,*

**(le cas échéant, fonctionnaire stagiaire) *Vu*** *le décret n° 91-298**portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,*

**Vu** le décret n° 2020-1557 du 8 décembre 2020 relatif au congé de proche aidant dans la fonction publique,

**Considérant** que le congé de proche aidant est accordé de droit par période de 3 mois maximum renouvelable dans la limite d’un an sur l’ensemble de la carrière, lorsque l’une des personnes mentionnées à l’article L. 3142-16 du Code du travail présente un handicap ou une perte d’autonomie d’une particulière gravité,

**Considérant** la demande écrite de mise en congé de proche aidant présentée par Mme/M..........................., pour une durée de ………….. à compter du ……………….,

**Considérant** les justificatifsjoints à la demande,

**Considérant** qu’il y a lieu de faire droit à la demande de l’agent,

**ARRÊTE**

**Article 1ER :** Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de proche aidant à compter du ...................... jusqu’au ……………….. (durée maximum 3 mois).

**(Ou)***Mme/M ............................................ est placé(e) en congé de proche aidant par période fractionnées (au moins une journée)*

* *du …………….jusqu’au…………………..*
* *du …………….jusqu’au…………………..*
* *du* *…………….jusqu’au…………………..*

**(Ou)***Mme/M ............................................ est placé en congé de proche aidant à compter du...................... jusqu’au ……………….. (durée maximum 3 mois), sous la forme d’un service à temps partiel d’une quotité de …% de son temps de travail.*

**Article 2ème :** Pendant cette période, Mme/M.................................. ne percevra aucune rémunération.

 Les services effectués en congé de proche aidant sont assimilés à une période de service effectif et sont pris en compte pour la constitution et la liquidation des droits à pension ainsi que dans le calcul de l’ancienneté pour l’avancement d’échelon, l’avancement de grade et la promotion interne.

**Article 3ème :** En cas de renouvellement, la demande devra être présentée au moins 15 jours avant l’expiration de la période de congé de proche aidant.

**Article 4ème :** Le congé prend fin à l'expiration de la période autorisée.

 Il peut être mis fin au congé de proche aidant avant le terme fixé par le présent arrêté, sur demande écrite de l’intéressé(e), dans les cas suivants : décès de la personne aidée, admission dans un établissement de la personne aidée, diminution importante des ressources de l’agent, recours à un service d'aide à domicile pour assister la personne aidée, congé de proche aidant pris par un autre membre de la famille ou lorsque l'état de santé du fonctionnaire le nécessite. La demande doit intervenir au moins 15 jours avant la date à laquelle l’agent entend bénéficier de ces dispositions. En cas de décès de la personne aidée, ce délai est ramené à 8 jours.

**Article 5ème :** À l'expiration du congé de proche aidant, l'intéressé(e) sera réintégré(e) automatiquement et de plein droit dans son emploi.

**Article 6ème** : Ampliation de l’arrêté sera transmise :

 - au Comptable de la collectivité,

 - à Monsieur le Président du Centre de Gestion,

 - à l’intéressé(e)

Article 7ème : Le maire (ou le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte et informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’une recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

 Fait à ................., le ………..

 Le Maire (ou le Président),

Notification faite le …………………………

Signature de l’agent :