*Modèle AM 15-01 (mis à jour le 25 mai 2012)*

**NOM COLLECTIVITE**

**Haute-Savoie**

**arrete DE REINTEGRATION A TEMPS PLEIN APRES UN temps partiel THERAPEUTIQUE**

**Le Maire** (ou **le Président**) de ……………………………………………….,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié relatif aux congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

Vu l’arrêté en date du …./…./…….. autorisant M……………à effectuer son service à temps partiel thérapeutique pour la période du ………….. au ……………….,

# ARRETE

**Article 1er** -M.......................... est réintégré(e) à temps plein à compter du ………………………………….

Article 2 *:* Le Directeur Général des Services (Le Secrétaire de Mairie)est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé*(e)*, et adressé en copie au Président du Centre de Gestion, et au Comptable de la collectivité.

Fait à .............................., le .......................

Le Maire

*(ou le Président)*

*Le Maire (ou le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte et informe l’agent que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Grenoble dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.*

Notifié le .....................................

*Signature de l’agent :*