**ATTESTATION**

**DE PLACEMENT EN AUTORISATION SPECIALE D’ABSENCE (A.S.A.)**

**(Mise à jour au 18/01/2021 suite à la parution du décret 2021-15 du 08/01/2021 et à la note d'information de la DGCL en date du 12/01/2021 relative aux modalités de prise en charge des agents territoriaux identifiés comme "cas contact à risque de contamination " et des agents territoriaux présentant des symptômes d'infection aux SARS-CoV-2)**

**Le·la Maire (ou le·la Président·e) de ………………………………..**

**Vu** la déclaration de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en date du 30 janvier 2020 relative à l’émergence du COVID-19,

**Vu** le décret n° 2020-1365 du 11 novembre 2020 pris pour l’application de l’article 20 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020,

Vu la circulaire du 29 octobre 2020 relative à la continuité du service public dans les administrations et les établissements publics de l'Etat dans le contexte de dégradation de la situation sanitaire,

Vu la circulaire de la DGAFP du 10 novembre 2020 relative à l’identification et aux modalités de prise en charge des agents publics civils reconnus personnes vulnérables,

**Vu la note d'information de la DGCL en date du 12/01/2021 relative aux modalités de prise en charge des agents territoriaux identifiés comme "cas contact à risque de contamination " et des agents territoriaux présentant des symptômes d'infection aux SARS-CoV-2,**

Vu les différentes recommandations des ministères (FAQ relative aux mesures sanitaires dans la fonction publique, …),

**Vu** l’arrêté du ou de la Maire (ou du ou de la Président·e) de …………………….. portant fermeture jusqu’à nouvel   
ordre :

De l’établissement public municipal………………………………………………………………………………..

ou

Des établissements publics municipaux…………………………………………………………………………….

ou des services …………………………………,

Considérant le plan de continuité d’activité (PCA) mis en place par la collectivité,

Considérant que les(s) service(s) de la collectivité a(ont) fait l’objet d’une fermeture de la part de l’autorité territoriale,

Considérant que les missions exercées par l’agent·e ne peuvent être adaptées aux conditions du télétravail,

OU

Considérant que M…………………….. présente l'une des pathologies mentionnées à l'article 1er du décret n° 2020-1365 du 10/11/2020 ainsi que par la circulaire de la DGAFP du 10/11/2020 relative à l’identification et aux modalités de prise en charge des agents publics civils reconnus personnes vulnérables, à savoir :

1° Etre âgé·e de 65 ans et plus,

2° Avoir des antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV,

3° Avoir un diabète non équilibré ou présentant des complications,

4° Présenter une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale : (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment),

5° Présenter une insuffisance rénale chronique dialysée,

6° Etre atteint·e de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie)

7° Présenter une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm2),

8° Etre atteint·e d'une immunodépression congénitale ou acquise :

- médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive,

- infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm3,

- consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,

- liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,

9° Etre atteint·e de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins,

10° Présenter un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie,

11° Etre au troisième trimestre de la grossesse,

12° Etre atteint·e d'une maladie du motoneurone, d'une myasthénie grave, de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de paralysie cérébrale, de quadriplégie ou hémiplégie, d'une tumeur maligne primitive cérébrale, d'une maladie cérébelleuse progressive ou d'une maladie rare.

Considérant que le télétravail n’est pas possible pour cette personne vulnérable et que les aménagements de poste nécessaires à la reprise du travail en présentiel par l’agent·e concerné·e, dans le respect des mesures de protection telles que préconisées par le Haut Conseil de la Santé Publique s’avèrent impossible,

Vu le certificat d’isolement délivré par le·la médecin traitant précisant que l’agent·e relève de l’une de ces pathologies,

OU

Considérant que M………………………….. est identifié·e comme « cas contact à risque de contamination » avec justificatif délivré par l’assurance maladie et que l’agent·e "cas contact à risque de contamination" doit être placé·e, à titre préventif, pendant toute la période d’isolement, en autorisation spéciale d'absence dans la mesure où le télétravail n'est pas possible *(N.B. : si l’agent·e est ensuite testé·e positif·ve et reconnu·e malade de la Covid-19, il·elle devra être placé·e en congé de maladie ordinaire sans jour de carence pour les arrêts à compter du 10/01/2021 et calcul des droits à maladie à plein ou à demi traitement)*,

*N.B. : L’employeur·se percevra directement les indemnités journalières (IJSS) en lieu et place de l’agent·e (subrogation) pour les contractuels et les fonctionnaires à temps non complet relevant du régime général via la plateforme* [*https://declare.ameli.fr/*](https://declare.ameli.fr/)

OU

Considérant que M………………………….. présente des symptômes d’infection au SARS-CoV-2 déclarés à l’assurance maladie avec justificatif délivré par cet organisme et doit être placé·e, à titre préventif, jusqu’aux résultats du test, en autorisation spéciale d'absence *(N.B. : si l’agent·e est ensuite testé·e positif·ve et reconnu·e malade de la Covid-19, il·elle devra être placé·e en congé de maladie ordinaire sans jour de carence pour les arrêts à compter du 10/01/2021 et calcul des droits à maladie à plein ou à demi traitement)*,

Considérant que cet·te agent·e s'engage à effectuer un test de détection du SARS-Cov-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale (RT-PCR ou antigénique) dans un délai de deux jours à compter de sa déclaration en ligne via la plateforme declare.ameli.fr,

*N.B. : L’employeur·se percevra directement les indemnités journalières (IJSS) en lieu et place de l’agent·e (subrogation) pour les contractuels et les fonctionnaires à temps non complet relevant du régime général via la plateforme* [*https://declare.ameli.fr/*](https://declare.ameli.fr/)

OU

**Vu** la fermeture de l’établissement scolaire (école ou collège) ou de la crèche accueillant l’enfant de l’agent·e âgé·e de moins de 16 ans (ou enfant en situation de handicap sans limite d'âge),

OU Considérant que l’enfant de l’agent·e âgé·e de moins de 16 ans (ou enfant en situation de handicap sans limite d'âge), est identifié·e par le·la médecin, l’Assurance Maladie ou l’ARS comme étant « cas-contact » de personnes infectées,

Considérant que les autorisations spéciales d’absence ne sont accordées qu’à un·e seul·e parent·e par foyer, en cas d’incapacité de télétravail des deux parent·es et sur présentation d’un justificatif (à réclamer) attestant de la fermeture de la classe (ou de la situation de cas-contact de l’enfant),

*N.B. : Afin que l’employeur·se puisse percevoir directement les indemnités journalières (IJ) en lieu et place de l’agent·e (subrogation), il appartient à l’employeur·se d’effectuer une déclaration sur la plateforme* [*https://declare.ameli.fr/*](https://declare.ameli.fr/) *(pour les agents publics relevant du régime général de la sécurité sociale et de l’IRCANTEC).*

N.B. : L’autorité territoriale demandera également une attestation sur l’honneur signée du ou de la conjoint·e indiquant qu’il n’est pas lui-même autorisé·e à s’absenter de son travail et ne bénéfice pas du télétravail.

Considérant que l’instruction de la santé publique justifie de prendre des mesures proportionnées aux risques encourus et appropriés aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences sur la population,

***AUTORISE***

Monsieur/Madame ………………………………………………………….

Grade : …………………...……

Service : …………………………….

Fonctions : ……………………….

à bénéficier d’une autorisation spéciale d’absence à compter du ……………………………………….. et jusqu’à nouvel ordre et reprise d’activité (ou jusqu’au ….).

L’agent·e bénéficie de l’intégralité de sa rémunération ainsi que du maintien de ses droits à avancement et de ses droits à la retraite. En revanche, les autorisations spéciales d’absence constituant une dérogation à l’obligation de service et de temps de travail, elles ne génèrent pas de jours de réduction du temps de travail.

**Fait à ……………. Le .…./…../…….**

**Maire (ou Président·e) : nom - prénom**