****ARRETE n° ……………………………………………………

*Modèle AR 43 (mis à jour le 4 AOUT 2016)*

**Logo Collectivité**

**PORTANT NOMINATION PAR VOIE D’INTEGRATION DIRECTE A TEMPS COMPLET** (OU NON COMPLET DE …H/HEBDOMADAIRE)

M/Mme ……………………………………………….......

Grade ……………………………………………………

*Les éléments en italique bleu ne doivent être conservés que si la collectivité ou l’agent sont concernés.*

**Le Maire** *(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° 86-68 du 13 janvier 1986, modifié, relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux et à l’intégration,

VU les décrets n°…… et n° ……, modifiés portant respectivement statut particulier et échelonnement indiciaire du ……… *(corps ou cadre d’emplois d’origine)*,

VU les décrets n°…… et n° …… portant respectivement statut particulier et échelonnement indiciaire du ……… *(cadre d’emplois d’accueil)*,

VU la circulaire ministérielle du 19 novembre 2009 relative aux modalités d'application de la loi n° 2009-972 du 3 août 2009, modifiée, relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique,

VU la délibération en date du …… créant un emploi de …… à temps complet *(ou à temps non complet à raison de …… heures hebdomadaires) (ou VU le tableau des effectifs budgétaires)*,

VU la déclaration de vacance d’emploi effectuée auprès du Centre de Gestion en date du……….sous le n°… ; du niveau des missions prévues par leurs statuts particuliers respectifs,

VU la demande écrite de M *(Mme)*……… en date du ……,

VU l’arrêté en date du ……, à effet du …… fixant la dernière situation de M *(Mme)* ……… au grade de …… et le classant au …… échelon, Indice Brut ……, Indice Majoré …… avec une ancienneté de ……,

Vu l’avis de la Commission Administrative Paritaire,

Considérant que les corps ou cadres d’emplois d’origine et d’accueil relèvent de la même catégorie statutaire *(A, B ou C)* et qu’ils soient de niveau comparable au regard des conditions de recrutement ou de la nature des missions,

Considérant que l’intégration directe prend effet le …… *(au plus tard 3 mois après la réception de la demande de l’agent par la collectivité d’origine)*,

**ARRETE**

# ARTICLE 1 :

A compter du ……, M *(Mme)* ……, né*(e) (nom de famille)* ……, le …… est nommé*(e)* par voie d’intégration directe dans le cadre d’emplois de ……, au grade de ……, à temps complet (*ou à temps non complet)* à raison de …… heures hebdomadaires,

# ARTICLE 2 :

A la date précitée, M *(Mme)* ……… est classé*(e)* au …… échelon, Indice Brut …, Indice Majoré …, avec une ancienneté de ……,

# ARTICLE 3 :

M *(Mme)*...... est soumis(e) au régime spécial de Sécurité Sociale des fonctionnaires et est affilié(e) à la CNRACL *(OU est soumis(e) au régime général de Sécurité Sociale et est affilié(e) à l’IRCANTEC (s’il effectue moins de 28 h))*,

# ARTICLE 4 :

Le Directeur Général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera transmis au Représentant de l’Etat et notifié à l’intéressé*(e)*.

Ampliation adressée au :

* Président du Centre de Gestion de Haute-Savoie,
* Comptable de la Collectivité.

Fait à …… le …….,

Le Maire *(le Président)*,

*(prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

Le Maire *(ou le Président)*,

• certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

• informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

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

Signature de l’agent :