*Modèle …… (Mise à jour novembre 2019)*

****ARRETE N° ………………………………………

**plaçant un agent en Période de Préparation au Reclassement (PPR)**

M/Mme …………………………………….......

Grade ……………………………………………

**Logo Collectivité**

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

**Le Maire *(Le Président)*,**

VU le Code Général de la Fonction Publique, notamment son article L826-2,

VU le décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 modifié relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions,

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

*(Le cas échéant, s'il s'agit d'un agent à temps non complet) VU le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,*

*(Le cas échéant, s'il s'agit d'un 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,*

VU l’avis du comité médical en date du ………………… se prononçant sur l’inaptitude aux fonctions correspondant aux emplois de son grade de Mme*(M)*……………….. à l’issue de son …………………………………………… *(Préciser : congé de maladie ordinaire, congé longue maladie, congé de grave maladie, congé longue durée ou congé pour invalidité temporaire imputable au service)*

*(Le cas échéant), VU la convention entre l’agent, le Maire (ou Président) de…………………………….. et le Président du Centre de Gestion de la fonction Publique Territoriale de la Haute-Savoie et le cas échéant le Maire (ou Président) de la collectivité d’accueil de ……………………………… en date du ……………………………………. prévoyant les modalités de mise en œuvre et la durée de la période de préparation au reclassement,*

Considérant que le médecin de prévention, Docteur………………, a été informé par courrier en date du………………………du projet de la période de préparation au reclassement.

ARRETE

**ARTICLE 1 :**

Mme *(M)* ……………….. est placé*(e)* en période de préparation au reclassement *(PPR)* du ………… au …………….

**ARTICLE 2 :**

Mme *(M)*…………………... percevra pendant cette période le traitement correspondant à son cadre d’emplois d’origine, *(le cas échéant) avec maintien du supplément familial de traitement*, *ainsi que du régime indemnitaire (si une délibération le prévoit)*.

*(Le cas échéant) La NBI (nouvelle bonification indiciaire) ne sera pas maintenue pendant la PPR.*

ARTICLE 3 :

La période de préparation au reclassement prendra fin à la date du reclassement de l’agent et au plus tard un an après la date à laquelle elle a débuté. Toutefois, l’agent qui présente une demande de reclassement, pourra être maintenu en position d’activité jusqu’à la date à laquelle celui-ci prend effet, dans la limite de la durée maximum de trois mois.

ARTICLE 4 :

La PPR sera réalisée dans les conditions prévues dans la convention. En cas de rupture anticipée de celle-ci, il sera mis fin de plein droit à la PPR, ce qui entraînera l’abrogation du présent arrêté.

ARTICLE 5 :

Le Directeur Général des services *(ou le secrétaire de mairie ou le directeur)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé*(e)*.

Ampliation adressée :

* au Comptable de la Collectivité,
* au Président du Centre de Gestion de la Haute-Savoie,
* à l’intéressé*(e)*.

Fait à …… le …….,

Le Maire *(Le Président)*,

*(Prénom, nom et signature)*

Ou par délégation,

*(Prénom, nom, qualité et signature)*

*Le Maire (Le Président),*

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

* informe que celui-ci peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir auprès du tribunal administratif de Grenoble dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site Internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr/).

*Notifié le .....................................*

*Signature de l’agent :*