ARRETE n° ……………………………………………………

*Modèle AR (mis à jour en mai 2024)*

****

**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 *(ou le Président)*** de......................................,

**Vu** le Code général de la fonction publique, notamment son article L. 826-2,

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

**Vu** le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 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 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 conseil 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)* à compter du ...................................... *(préciser la date de réception par l’agent de l’avis du conseil médical ou au terme du congé pour raison de santé en cours de l’agent)* jusqu’au *(préciser au plus tard un an après le début de cette PPR)* ...................................... au plus tard.

# 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 période de préparation au reclassement 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 période de préparation au reclassement, 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 *(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 :