ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

**DE LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE DEFINITIVE**

**A SES FONCTIONS**

**de M/Mme…………....,**

***Grade ……………..*.....**

***(Fonctionnaire titulaire ou stagiaire à temps non complet non affilié à la C.N.R.A.C.L.)***

***Les mentions en italiques constituent des commentaires destinés à faciliter la rédaction de l’arrêté. Ils doivent être supprimés de l’arrêté définitif.***

**Mention en jaune : à enlever ou à modifier en fonction de la situation**

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

**VU** la loi n° 82-213 du 2 Mars 1982 modifiée, relative aux droits et libertés des Communes, des Départements et des Régions,

**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° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

**VU** l'avis du Comité Médical en date du …………… se prononçant sur l'inaptitude physique définitive de M/Mme …………... à l'exercice de ses fonctions,

**Considérant** que M/Mme ………… a épuisé ses droits à …………… *(congé de maladie ordinaire : 1 an ou congé de grave maladie : 3 ans)*,

**Considérant** que M/Mme …………... n’a pu bénéficier d’un reclassement dans des fonctions compatibles avec son état de santé,

**Considérant** que M/Mme …………... a été informé de son droit d’accès à son dossier individuel,

**VU** l’avis de la Commission Administrative Paritaire en date du ……………,

**ARRÊTE**

**Article 1er :** M/Mme …………..., *(Grade)* …………… à temps non complet à raison de …………... heures……………. par semaine est licencié*(e)* pour inaptitude physique définitive le ………….... *(au plus tôt à la date de notification de cet arrêté)*.

**Article 2ème :** M/Mme ………….... percevra une indemnité de licenciement d’un montant de…

**Article 3ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 4ème** : Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de sa transmission et de sa publication

Fait à le

Le Maire *(ou le Président)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Maire *(ou le Président)*,  - Certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire du présent arrêté  Le . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté l  le . . / . . /  *Signature de l’agent,* |