ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

 **DE LICENCIEMENT EN COURS DE STAGE -**

**(Pour insuffisance professionnelle)**

**de M/Mme ………….…,**

**Grade ………………….....**

*(Ou – de 17 heures 30)* **dans l’emploi ………….**

***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° 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° 92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la Fonction Publique Territoriale,

**VU** le décret n° .................du.....................................portant statut particulier du cadre d'emplois des .....................................................................................................,

**VU** l’arrêté en date du …………………. Nommant M./Mme ……………… en qualité de stagiaire au grade de ou dans l’emploi de…………...à compter du ……………

*Le cas échéant :* ***VU*** *l'arrêté prorogeant ou renouvelant le stage en date du .....................................,*

**Considérant** qu’il est nécessaire de mettre fin au stage de M/Mme ……………….., pour le motif …………………….(motivation claire et précise).

**Considéran**t que l'intéressé(e) a accompli au moins la moitié de la durée normale de stage,

**VU** la lettre en date du ..........................par laquelle l'intéressé(e) a été informé(e) de son droit à la communication préalable de son dossier,

**VU** l'avis de la Commission Administrative paritaire de catégorie *(A, B ou C)* en date du ................................,

**ARRÊTE**

**Article 1er :** M/Mme ……………, (nom de jeune fille) ……………, en qualité de stagiaire au grade de ou dans l'emploi de…………….., depuis le ……………, est licencié(e) pour insuffisance professionnelle ............................, à compter du ...........................,

**Article 2ème :** M/Mme ............................. est rayé(e) des effectifs de la collectivité à cette date,

**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 arrêtéLe . . / . . / |  | Reçu notification du présent arrêté lle . . / . . /*Signature de l’agent,* |