ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

DE LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

D'UN AGENT STAGIAIRE

***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** le code général des collectivités territoriales,

**VU** la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

**VU** la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 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 ……………... nommant M/Mme …………..., *(grade)* stagiaire, ……………. échelon, Indice Brut ……………, Indice Majoré ……………, à compter du …………..., avec une ancienneté de ……………,

**VU** l’avis du Comité Médical reconnaissant l’impossibilité définitive et absolue de M/Mme …………... à reprendre ses fonctions,

*OU*

**VU** l’avis de la Commission de Réforme reconnaissant l’impossibilité définitive et absolue de M/Mme **…………...** à reprendre ses fonctions suite à un accident de service ou à une maladie contractée en service,

**Considérant** que M/Mme …………... a épuisé ses droits à congé de maladie avec traitement,

*Le cas échéant :* ***Considérant*** *la période de congé sans traitement du ………….... au …………... accordée à l’intéressé(e) pour raisons de santé,*

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

**Considérant** que M/Mme………………..a été informé(e) de son droit à bénéficier d’un reclassement dans un emploi compatible avec son état de santé,

**Considérant** que M/Mme …………... n’a pas formulé de demande de reclassement,

*OU*

**Considérant** la demande de reclassement formulée par M/Mme……………, par courrier en date du ……………,

**Considérant** que l’examen des possibilités de reclassement dans un autre emploi compatible avec l’état de santé de M/Mme …………… n’a pas permis de trouver une solution positive,

ARRETE

Article 1er : A compter du ………..… *(au plus tôt à la date de notification)*, il est mis fin au stage de M/Mme …………... en qualité de *(grade)* …………...., pour inaptitude physique ;

Article 2ème : A la date précitée, M/Mme …………... est rayé(e)des effectifs.

Article 3ème : *(pour les agents cotisant à la CNRACL)* Un dossier de rétablissement des cotisations retraite auprès du régime général et de l’IRCANTEC sera transmis à la CNRACL.

**Article 4ème :** Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**Article 5ème** : 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,* |