*Date de mise à jour du document : décembre 2020*

**Modèle d’arrêté**

***Arrêté de nomination d’un assistant de prévention***

*Logo ou blason de la commune ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la commune ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20***XX* **-** *(n° d’ordre)*

*Titre :* **portant …**

**à** *Madame ou Monsieur**(Nom et prénom de l’agent)*

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

Vu le code général des collectivités territoriales,

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° 85-565 du 30 mai 1985 modifié, relatif aux Comités Techniques des collectivités territoriales et de leurs établissements publics,

Vu le décret n° 85-603 du 10 Juin 1985 modifié, relatif à l’hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu’à la médecine professionnelle et préventive dans la Fonction Publique Territoriale,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

M/Mme…………………………………….. est nommé(e) assistant de prévention à compter du ……………….

**Article 2 :**

M/Mme ……………………………………. exerce sa mission sous la responsabilité de l’autorité territoriale.

**Article 3 :**

M/Mme …………………………………… bénéficie d’un droit d’accès aux locaux relevant de l’aire de compétence géographique de la collectivité dans le cadre des missions qui lui sont confiées par l’autorité.

**Article 4 :**

Un plan de formation spécifique est prévu pour que M/Mme ………………………………. puisse assurer sa mission.

**Article 5 :**

Une lettre de cadrage a été établie. Elle précise les missions ainsi que les moyens mis à sa disposition pour les exercer.

**Article 6 :**

M/Mme ……………………… dispose du temps nécessaire à l’exercice de sa mission à concurrence de ………….. heures par mois / par semaine.

**Article 7 :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de (nom de la catégorie de la collectivité territoriale ou de l’établissement public concerné)* et/ou d’un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif d’Orléans, situé 28 rue de la Bretonnerie, 45057 Orléans 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 http://telerecours.fr

*Monsieur ou Madame le* *Maire-Président/Présidente* certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire du présent arrêté.

*Le-la* *Maire-Président/Présidente*

*NOM Prénom*

Fait à *(nom de la commune ou de la commune siège de l’établissement public)*

Le *(date)*

Notifié le *(date)*

Signature de l’agent :

Transmis au Représentant de l’État le :*(date)*