**Modèle d’arrêté**

***Portant maintien en activité à l’issue d’une PPR suite à une demande de reclassement***

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Logo ou blason de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

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

**portant maintien en activité de**

*Madame ou Monsieur* **…** *(Nom et prénom de l’agent)* ***à l’issue de sa PPR suite à sa demande de reclassement***

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment son article[[1]](#footnote-1) …

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, et notamment son article 2,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 relatif à l’organisation des comités médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux,

(*le cas échéant si le fonctionnaire est 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,

Vu l’arrêté n° …du … accordant une période de préparation au reclassement à compter du … pour une durée de …,

Vu le courrier de M … en date du … sollicitant son reclassement dans un autre corps ou cadres d’emplois,

Considérant que la procédure de reclassement doit être conduite au cours d'une période d'une durée maximum de trois mois à compter de la demande de l'agent,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du …, M ..., titulaire du grade de ... (*grade*), est maintenu(*e*) en position d’activité jusqu'à la date à laquelle le reclassement prendra effet ou jusqu'à la date à laquelle son licenciement/ou sa retraite invalidité sera prononcé(*e*) après avoir constaté l’impossibilité de la reclassement, dans la limite de la durée maximum de trois mois. Durant cette période l’agent sera rémunéré(e) sur la base de l'indice brut ..., indice majoré ....

**Article 2 :**

*Le Directeur général des services ou La secrétaire de mairie* est *chargé(e)* de l’exécution du présent arrêté.

**Article X :**

Une ampliation sera adressée *au Président/ à la Présidente* du Centre départemental de gestion de la fonction publique territoriale du Loiret et au comptable principal de … (*nom de la commune ou de l’établissement public*).

**Article X :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de … (dénomination 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)*

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)