**Modèle d’arrêté**

***Portant titularisation d’une personne handicapée***

🕬 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 titularisation**

**de** *Madame ou Monsieur* **…** *(prénom et NOM de l’agent)*

*Le-La Maire-Président-Présidente de …* *(nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public sauf si vous inscrivez ce nom en haut à gauche),*

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

Vu le Code général de la fonction publique, notamment son article L.352-4,

Vu le Code du travail, notamment son article L.5212-13,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

*(Le cas échéant)* *Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet*,

Vu le décret n°96-1087 du 10 décembre 1996 modifié relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique pris pour l’application de l’article 38 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984,

Vu le décret n° …, du … portant statut particulier du cadre d’emplois des …,

Vu le contrat à durée déterminée portant nomination de *Madame ou Monsieur* … *(prénom et nom de l’agent)* en qualité de … *(dénomination du grade)* à compter du … *(date),* en vertu de l’article L.352-4 du Code général de la fonction publique,

Vu le renouvellement du contrat prononcé à compter du … *(date)* pour une durée de …,

Vu le rapport sur l’appréciation de l’aptitude professionnelle de *Monsieur ou Madame … (prénom et NOM de l’agent)* établi par l’autorité territoriale au regard de son dossier,

Vu l’attestation de suivi de la formation d’intégration établie par le Président du C.N.F.P.T.*,*

Considérant la reprise des services antérieurs à raison de … années et … mois,

Considérant la durée du contrat initial[[2]](#footnote-2)soit … *(durée),*

*(Le cas échéant)* Considérant la durée totale des :

* Congés de maladie, accident du travail, soit … mois et … jours
* Congés de maternité, paternité, adoption, soit … mois et … jours
* Congés sans traitement soit … mois et … jours

*(Le cas échéant)* Considérant que *Madame ou Monsieur* … *(prénom et nom de l’agent)* bénéficie d’un temps partiel de … % depuis le … *(date),*

Considérant que *Monsieur ou Madame … (prénom et NOM de l’agent)* a eu un entretien avec l’autorité territoriale en date du …,

Considérant que la période de contrat effectuée par *Monsieur ou Madame* … *(nom et prénom de l’agent)* est concluante.

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

*Madame ou Monsieur* … *(prénom et nom de l’agent)* né(e) le … *(date)*, est titularisé(e) dans le grade de … *(dénomination du grade)*, à compter du … *(date d’effet de la titularisation)* sur l’emploi de … *(dénomination de l’emploi)[[3]](#footnote-3) à temps complet ou à temps non complet à raison de …/heures hebdomadaires*

**Article 2 :**

A la date mentionnée à l’article 1, *Madame ou Monsieur* … *(prénom et nom de l’agent)* bénéficie d’une reprise d’ancienneté de ... *(durée)[[4]](#footnote-4)*

L’agent est classé au … *(chiffre)* échelon, Indice Brut … *(nombre)*, Indice Majoré … *(nombre)*, avec une ancienneté conservée de … *(durée)*,

**Article 3 :**

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

**Article 4 :**

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 collectivité territoriale ou de l’établissement public*).

**Article 5 :**

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*

*Prénom NOM*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de la collectivité territoriale ou 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)
2. *La période de renouvellement n’est pas prise en considération ⭬ Article 9-1 du décret n°96-1087 du 10.12.1996* [↑](#footnote-ref-2)
3. *L’agent est obligatoirement affecté dans l’emploi pour lequel il a été recruté comme stagiaire*

   *⭬ Article 8 du décret n°96-1087 du 10.12.1996* [↑](#footnote-ref-3)
4. *En fonction de la reprise des services antérieurs et de la durée initiale du contrat* [↑](#footnote-ref-4)