*Modèle à compléter et adapter (version juin 2022)*

|  |  |
| --- | --- |
| LOGO COLLECTIVITE | **N°**……………**Arrêté d’octroi de la période de preparation au reclassement de**M Grade  |

Le Maire (ou le Président) de ………,

Vu le Code Général de la Fonction Publique, notamment ses articles L. 826-1 à L. 826-11,

Vu la Loi n°2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique,

Vu l’ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique

Vu le décret n°2019-172 du 5 mars 2019 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions

Vu le décret n°2022-626 du 22 avril 2022 relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions

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

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 pris pour l'application de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif à l’organisation des conseils médicaux aux conditions d’aptitude physique et au régime des congés de maladie des fonctionnaires territoriaux

*(si cela concerne un fonctionnaire à temps non complet)* 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

*(si cela concerne un accident ou une maladie reconnue imputable au service)* Vu l’arrêté du 4 août 2004 modifié relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière

*(si cela concerne un accident ou une maladie reconnue imputable au service)* Vu l’avis du Conseil Médical *réuni* *en formation pleinière* en date du ……, considérant l’agent inapte aux fonctions correspondant aux emplois de son grade et apte à exercer d’autres fonctions,

*(dans tous les cas, y compris pour un accident de service ou une maladie professionnelle)* Vu l’avis du Conseil Médical en date du ……, considérant l’agent inapte aux fonctions correspondant aux emplois de son grade et apte à exercer d’autres fonctions,

Vu le courrier de l’autorité territoriale en date du …. informant M…. de son droit à bénéficier d’une période de préparation au reclassement,

*Le cas échéant (si l’arrêté est pris après\*)* Vu le courrier du …. de M…. informant l’employeur de son accord quant à la poursuite d’une période de préparation au reclassement,

Considérant que M…… reconnu inapte aux fonctions de son grade, a droit à bénéficier d’une période de préparation au reclassement,

Considérant que M……. remplit les conditions pour y accéder,

Considérant que M………., se verra proposer, dans les deux mois suivant le début de la période préparatoire au reclassement, un projet de convention définissant les modalités de mise en œuvre,

Considérant que le service de médecine du travail sera préalablement informé avant la notification de la convention à l’agent.

**A R R E T E**

**ARTICLE 1 :**

A compter du ……, M ………, grade de ……….., bénéficie de la Période de Préparation au Reclassement pour une durée maximale d’un an.

Au cours de cette période, M…………, est considéré(e) en position d’activité dans son cadre d’emplois d’origine. Cette période est assimilée à une période de service effectif durant laquelle l’agent conserve ses droits liés à la position d’activité.

**ARTICLE 2 :**

L'autorité territoriale *et le président du Centre National de la Fonction Publique Territoriale (Cat. A+) ou le président du Centre de Gestion (Cat. A, B, C)* établissent conjointement, avec l'agent, par voie de convention, un projet qui définit le contenu de la préparation au reclassement, les modalités de sa mise en œuvre et en fixe la durée, au terme de laquelle l'intéressé présente sa demande de reclassement.

Le projet de convention est notifié à l’agent en vue de sa signature au plus tard deux mois après le début de la période de préparation au reclassement.

**ARTICLE 3 :**

A compter du ……, M ……… percevra l’intégralité de son plein traitement brut indiciaire correspondant à son grade. L’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement et le cas échéant le Complément de Traitement Indiciaire (CTI).

*(A adapter selon les dispositions en vigueur au sein de la collectivité – se référer à la délibération relative au régime indemnitaire)* A compter du ……, M ……… :

- percevra l’intégralité de ses primes,

- ne percevra plus de régime indemnitaire,

- …

**ARTICLE 4 :**

La présente période de préparation au reclassement prendra fin au plus tard un an après la date à laquelle elle a débutéou, si l’agent a bénéficié au cours de la période des congés pour raison de santé, CITIS, congé de maternité ou l’un des congés liés aux charges parentales du report de la durée du congé.

***(Si prolongation de 3 mois => prendre un nouvel arrêté)***

La période de préparation au reclassement pourra également prendre fin de manière anticipée :

- en cas de refus de faire droit au bénéfice de la période de préparation au reclassement,

- en cas de refus, ou abstention de réponse, de signer la convention portant objet de reclassement dans les 15 jours à compter de la date de notification ; l’agent est réputé refuser la PPR pour la durée restant normalement à courir,

- en cas de manquements caractérisés au respect des termes de ladite convention,

- en cas de reclassement dans un emploi proposé par l’autorité territoriale ou le Président du Centre de Gestion (ou le Président du Centre national de la fonction publique territoriale) avant le terme de celle-ci,

Le cas échéant, à l’issue de la période préparatoire au reclassement, l’agent devra présenter une demande expresse de reclassement à son autorité territoriale.

**ARTICLE 5 :**

Le Directeur Général des Services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l’intéressé(e).

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la Collectivité.

Fait à …………..le …………..,

Le Maire (ou le Président), *(prénom, nom lisibles et signature)*

Le Maire (ou le Président),

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Poitiers dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Notifié le ..................................... Signature de l’agent :