**ARRÊTÉ PORTANT MAINTIEN EN ACTIVITÉ DANS LE CADRE D’UNE DEMANDE DE REPORT D’UNE PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT ET D’OCTROI D’UNE PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT**

Le Maire(*ou* Le Président)de .................................

VU le code général de la fonction publique notamment les articles L. 826-2 et suivants,

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

VU le décret nº 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,

VU l’avis du conseil médical en date du ………., établissant que M. *ou* Mme …………… (*nom, prénom, grade*) est …(*indiquer l’avis du conseil médical*),

CONSIDERANT que M. *ou* Mme …………… (*nom, prénom, grade*) a été informé(e) par courrier en date du ….. de son droit de bénéficier d’une période de préparation au reclassement à compter du ………… *(date de la réception de l’avis du conseil médical),*

CONSIDERANT que M. *ou* Mme ……... (*nom, prénom, grade*) a accepté la période de préparation au reclassement qui lui a été proposée mais a demandé à ce que la date de début de la PPR, prévue le *…………. (date de réception de l’avis du conseil médical)* soit reportée,

Considérant le courrier de …………… (*L’autorité territoriale ou le président du Cdg ou le président du CNFPT)* en date du ……………. acceptant la demande de report,

**ARRÊTE**

**Article 1er** : M. *ou* Mme ….….. (*nom, prénom*) est maintenu en position d’activité à compter du ……………(*en principe, date de réception de l’avis du conseil médical*) et jusqu’au ……………. (*cette date ne peut excéder une durée de deux mois dans le cadre d’une demande de report de PPR*).

**Article 2** : À compter du ……………*(le lendemain de la date de fin du report),* M. *ou* Mme ….….. (*nom, prénom*) bénéficie d’une période de préparation au reclassement à compter du …………….

Durant cette période, M. *ou* Mme ….….. (*nom, prénom)* est placé(e) en position d’activité. L’agent conserve également ses droits à congés annuels. Cette période est considérée comme une période de service effectif.

**Article 3** : M. *ou* Mme ….….. *(nom, prénom)* conserve l’intégralité de son traitement pendant la période de préparation au reclassement. *(le cas échéant)* Il perçoit également l’intégralité de l’indemnité de résidence et/ou du supplément familial de traitement et/ou le complément de traitement indiciaire prévu par le décret n°2020-1152.

(le cas échéant, dès lors qu’il est prévu par la ou les délibérations sur le RIFSEEP) Son régime indemnitaire correspondant à son grade d’origine est maintenu, conformément à la délibération instaurant le RIFSEEP au sein de la collectivité.

OU

Le régime indemnitaire correspondant à son grade d’origine n’est pas maintenu, conformément à la délibération instaurant le RIFSEEP au sein de la collectivité.

**Article 4** : L'intéressé(e) est informé(e) que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal administratif de ….….. *(indiquer le lieu et l’adresse du tribunal compétent : Tribunal Administratif de Lyon, 184 Rue Duguesclin, 69003 LYON, pour les collectivités du Rhône)* dans un délai de deux mois à compter de sa notification, éventuellement au moyen d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

**Article 5** : Le Directeur général des services *(ou* Le Secrétaire général de mairie *ou* Le Directeur*)* est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé(e).

 Ampliation sera adressée :

- au Président du Centre de Gestion,

- au Comptable de la collectivité.

Notifié le ........................ Fait à………………………………

Signature de l'Agent : le .............................……………..

 Le Maire(*ou* le Président)

Le Maire *(ou* le Président*)* certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte qui a été notifié à l'intéressé(e) le .....................

Fait à ..........................................., le .............................................…..

l'Autorité Territoriale,