

**Handi-Pacte Occitanie – KIT PPR**

Axe 1 : Ouverture du dossier

Arrêté d’octroi de la PPR

ARRETE D’OCTROI DE LA PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT

DE M .....................................................................

GRADE .................................................................

Le Maire (ou le Président) de ………,

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,

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 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 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 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 de la commission de réforme en date du ……, considérant l’agent inapte aux fonctions correspondant aux emplois de son grade et apte à exercer d’autres fonctions,

(Si cela concerne une maladie qui n’a pas été reconnue imputable au service) 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,

Considérant le courrier du ………. à M……….. relatif à la proposition de la période de préparation au reclassement,

ARRETE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, M ……… bénéficie de la période de préparation au reclassement dont la durée sera fixée ultérieurement par convention.

ARTICLE 2 :

M ……… percevra …… l’intégralité de son traitement à compter du …… *(l’indemnité de résidence et le supplément familial de traitement sont versés intégralement).*

ARTICLE 3 :

Le Directeur général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l’intéressé(e).

Ampliation adressée au :

Fait à ……..…… le ………….,

Le Maire (ou le Président),

*(Prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(Prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

- Président du Centre de gestion de la fonction

publique territoriale,

- Comptable de la Collectivité.