ARRETE DE NOMINATION PAR VOIE D’INTEGRATION DIRECTE SUITE A RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

A TEMPS COMPLET OU

A TEMPS NON COMPLET à raison de ………. heures ……… par semaine

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

*(Fonctionnaire venant d’une autre administration)*

Le Maire de ………………..……,

Vu le code général de la fonction publique,

(Eventuellement) 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 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° 86-68 du 13 janvier 1986 modifié relatif aux positions de détachement, hors-cadres, de disponibilité, de congé parental des fonctionnaires territoriaux et à l’intégration ;

Vu les décrets n°…… et n° …… portant respectivement statut particulier et échelonnement indiciaire du ……… *(corps ou cadre d’emplois d’origine),*

Vu les décrets n°…… et n° …… portant respectivement statut particulier et échelonnement indiciaire du ……… *(cadre d’emplois d’accueil),*

Vu la délibération en date du ………..… créant un emploi de ………………..…… (grade) à temps complet ou à temps non complet à raison de …………….. heures …….. par semaine,

Vu le tableau des effectifs,

Vu la déclaration de vacance d’emploi effectuée auprès du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale des Hautes-Alpes,

Considérant que les corps ou cadre d’emplois d’origine et d’accueil relèvent de la même catégorie statutaire   
*(A, B ou C)* et qu’ils sont de niveau comparable au regard des conditions de recrutement ou de la nature des missions,

(Eventuellement) Vu l’avis du Conseil Médical en date du ................................. ;

Vu la demande écrite de M................................................. , sollicitant son reclassement et son intégration ;

Considérant que l’intégration directe prend effet le …….… *(au plus tard 3 mois après la réception de la demande de l’agent par la collectivité d’origine)*,

Vu l’arrêté en date du …………….……, précisant que M ………………………….…… est classé(e) dans le grade de ………………………….…… au …… **ème** échelon, Indice Brut ……..…, Indice Majoré …………….… à compter du …………………….. avec une ancienneté de …………….……,

ARRETE

ARTICLE 1 : A compter du ……………………..……, M …………………………………………, né(e) le ……………..… est nommé(e) par voie d’intégration directe dans le cadre d’emplois des …………………………..……, au grade de …………………..…,à temps complet ou à temps non complet à raison de …… heures …….. par semaine.

ARTICLE 2 : A compter de cette date, M …………………………………..…………..…… est classé(e) au …… ème échelon, Indice Brut …………, Indice Majoré ……………..…, avec une ancienneté de …………..…….

ARTICLE 3 : M ...... est soumis(e) au régime spécial de Sécurité Sociale des fonctionnaires et est affilié(e) à la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales OU est soumis(e) au régime général de Sécurité Sociale et est affilié(e) à l’IRCANTEC *(s’il effectue moins de 28 heures par semaine),*

**ARTICLE 4 :** Le présent arrêté sera :

- transmis au représentant de l’Etat,

- notifié à l’agent,

- transmis au comptable de la collectivité,

- transmis au Président du Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale des Hautes-Alpes.

Le Maire,

- 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 dans un délai de 2 mois à compter de la présente notification.

Le Tribunal Administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

PUBLIE LE :

Fait à ............................,

Le ...................................,

Le Maire,

NOTIFIE A L’AGENT LE :

*(date et signature)*