|  |  |
| --- | --- |
| Logo Collectivité | **Arrêté portant maintien en surnombre pour absence d’emploi vacant au terme d’une disponibilité de droit pour raisons familiales de plus de 6 mois et de 3 ans maximum pour suivi de conjoint ou d’un détachement de longue durée (plus de 6 mois)****N°…….** |

Le Maire (*ou le Président*) de ……………………………………………………………………………,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux,

*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 (lorsque l’arrêté touche un agent qui exerce sur un poste qui n’est pas créé à 100%),

Vu l’arrêté en date du …… plaçant M ………, …… (grade), en position de détachement OU en position de disponibilité pour ……… (motif) à compter du …… pour une durée de ……,

Vu la demande de réintégration à compter du …… formulée par M ……… par courrier en date du ……,

Considérant que la réintégration est de droit ;

Considérant qu’il n’existe aucun emploi vacant correspondant au grade de … *(dénomination du grade détenu par l’agent)* dans le cadre d'emplois des … *(dénomination du cadre d’emplois)* ou dans un emploi vacant susceptible d’être proposé à l’agent et relevant d’un autre cadre d'emplois équivalent,

Considérant l’information adressée au Centre de Gestion OU au C.N.F.P.T. le …… (date) ;

**A R R Ê T E**

**Article 1** : A compter du ……..M/ Mme................., occupant le grade de ................... est maintenu(e) en surnombre dans les effectifs de la collectivité pour une période de 1 an et percevra la rémunération afférente à l'Indice Brut ….., Indice Majoré…. , son indemnité de résidence et son supplément familial de traitement (le cas échéant).

**Article 2** : Monsieur ou Madame … (prénom et nom) a priorité pour être affecté dans un emploi correspondant à son grade dans son cadre d'emplois, ou avec son accord, dans un autre cadre d'emplois au sein de … (dénomination de la collectivité territoriale ou de l’établissement).

**Article 3 :** Au terme du délai d’un an, si l’examen des possibilités de reclassement dans un emploi correspondant au grade de …… *(grade)* n’a pas permis de trouver une solution positive, M ……… sera pris(e) en charge par le centre de gestion de la fonction publique du Morbihan (agent de catégorie A, B et C) OU le C.N.F.P.T. (agent de catégorie A+).

**Article 4 :** Le directeur général des services est chargé l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’agent.

Ampliation adressée aux/au/à la :

* Comptable de la collectivité (*ou de l’établissement)*
* *Président(e) du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan (pour les arrêtés relatifs au déroulement de la carrière)*
* Préfet du Morbihan **OU** au Sous-Préfet chargé de l'arrondissement de …………………… (pour les décisions individuelles relatives à la nomination, au recrutement, y compris le contrat d'engagement, et au licenciement des agents non titulaires, à l'exception de celles prises pour faire face à un besoin lié à un accroissement temporaire ou saisonnier d'activité, en application de l'[article L. 332-23 du code général de la fonction publique](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000044416551&idArticle=LEGIARTI000044421930&dateTexte=&categorieLien=cid))

 Fait à………………………,

 le……………………………

 Prénom, nom et qualité du signataire,

|  |
| --- |
| 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 Rennes (par voie postale au 3 contour de la Motte - 35000 RENNES ou par voie dématérialisée via l’application « Télérecours citoyens » sur le site www.telerecours.fr) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Notification faite le ……………………………..Signature de l’agent : |