**ModÈle   
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL…………………

Arrêté portant sanction disciplinaire du 1er groupe : exclusion temporaire des fonctions pour une durée maximale de 3 jours

*(Fonctionnaire titulaire)*

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L530-1, L532-1, L532-2, L532-4 et L533-1 ;

CONSIDÉRANT que l'intéressé(e) a été informé(e) par courrier en date du ………………… qu’il(elle) a le droit d’obtenir la communication intégrale de son dossier individuel au siège de l’autorité territoriale, celui de se taire et la possibilité de se faire assister par un ou plusieurs conseils de son choix ;

CONSIDÉRANT que l'intéressé(e) a pris connaissance de son dossier le …………… *(le cas échéant)*;

CONSIDÉRANT que les faits suivants sont établis : *(préciser les faits (et annexer le rapport circonstancié le cas échéant)* : …………………….…………….………………………………..………… ;

CONSIDÉRANT que ces faits constituent des manquements aux obligations professionnelles et déontologiques, notamment prévues aux articles L121-1 à L121-10 du code général de la fonction publique, *en particulier à l’obligation suivante : ………………………………………………………………* (*il est recommandé de préciser à quelle obligation correspond le manquement*) ;

CONSIDÉRANT qu’il convient d’appliquer une sanction du premier groupe, l’exclusion temporaire des fonctions pour une durée maximale de 3 jours ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er*** M *(nom-prénom-grade*) …………….………………………………………………….. est temporairement exclu(e) de ses fonctions pour une durée de ………….. jours à compter du …………………..

***ARTICLE 2***Pendant cette période, M ……………………………………………….. ne percevra aucune rémunération et n'acquerra pas de droits à l'avancement, à la retraite et aux congés annuels.

***ARTICLE3***  Cette sanction sera inscrite au dossier individuel de l’intéressé*(e)*.

***ARTICLE 4 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé*(e)*.

Ampliation sera adressée au :

* Président du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan.
* Comptable de la collectivité *(ou de l’établissement)*.

Fait à ………………….., le …………………….,

Le Maire **OU** Le Président

*(porter les prénom et nom de l'autorité territoriale)*

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 contentieux devant le tribunal administratif de Rennes- Hôtel de Bizien - 3 Contour de la Motte – CS 44416 - 35044 RENNES CEDEX dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Il peut également être saisi par l’application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Notifié le …………………………….,

Signature de l'agent (*uniquement si remis en main propre)*

**OU**

Notifié par courrier recommandé avec accusé de réception  
 n° ……………

*(si envoi en LR+AR. La date figurant sur l’AR correspond à la date de notification)*