|  |  |
| --- | --- |
| Logo Collectivité | **Arrêté de licenciement pour inaptitude physique (fonctionnaire titulaire ou stagiaire affilié à l’IRCANTEC)****N°…….** |

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

Vu Le Code général de la fonction publique ;

Vu le décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié, relatif au reclassement des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions ;

Vu le décret n° 87-602 du 30 juillet 1987 modifié, 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 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 ;

(le cas échéant si fonctionnaire stagiaire) Vu le décret n° 92-1194 du 4 novembre 1992 modifié fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale ;

Vu l' (les) arrêté(s) en date du (des) ……………………………………………….. plaçant l'intéressé(e) en congé de (maladie ordinaire, grave maladie, accident de travail, maladie professionnelle) ………………………………… du ……………………………….. au …………………………………. ;

Considérant que par un avis en date du…………………………………….., le conseil médical départemental (en cas de maladie ordinaire ou de grave maladie) s'est prononcé sur l'inaptitude physique définitive et absolue aux fonctions exercées par M…………………………………………………. ;

OU

Considérant le certificat médical en date du……………………, du Docteur……………………………. , médecin agréé, constatant l’inaptitude définitive et absolue aux fonctions exercées par M…………..…………… (en cas d’accident de travail ou de maladie professionnelle) ;

Considérant que M…………………………………………. a été informé(e) de son droit à communication de son dossier et à se faire assister par la personne de son choix ;

(le cas échéant) Considérant que M…………………………………………. a pris connaissance de son dossier ;

Considérant que M ………………………………………………….. a épuisé ses droits à congé de maladie et qu'il (elle) ne peut être reclassé(e) ;

**A R R Ê T E**

**Article 1** : M (nom-prénom-grade-qualité (fonctionnaire titulaire ou stagiaire)) ………………………………. ………..………………. est licencié(e) pour inaptitude physique à compter du …………………………

**Article 2** : A compter de cette même date, M……………………..……………….. est radié(e) des cadres et perd sa qualité de fonctionnaire.

**Article 3 :** Le directeur général des services est chargé de 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 : |