**ARRÊTÉ N° ..../......**

**PORTANT MAINTIEN EN ACTIVITE**

*(Suite à une demande de reclassement, à l’issue de la PPR)*

**M .....................................,**

**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° 2019-172 du 5 mars 2019 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes à l’exercice de leurs fonctions

Vu l’arrêté n°…………accordant une période de préparation au reclassement à compter du ………pour une durée d’un an

Vu le courrier de M……………… en date du ………… sollicitant son reclassement dans un autre corps ou cadres d’emplois et son maintien en position d'activité jusqu'à la date à laquelle le reclassement prendra effet, dans la limite de la durée maximum de trois mois

Considérant que la procédure de reclassement doit être conduite au cours d'une période d'une durée maximum de trois mois à compter de la demande de l'agent

ARRÊTE

**ARTICLE 1**: A compter du ……,M......................, (grade) ....................., échelon ..............., est maintenu(e) en activité jusqu'à la date à laquelle le reclassement prendra effet, dans la limite de la durée maximum de trois mois et sera rémunéré(e) sur la base de l'indice brut ..................., indice majoré ....................,

**ARTICLE 2**: Au terme d'un délai de 3 mois, M……………..sera reclassé(e) ou à défaut :

* Licencié *(fonctionnaire IRCANTEC)* ou mis à la retraite pour invalidité *(fonctionnaire CNRACL)* si épuisement des droits à maladie et reconnu totalement et définitivement inapte aux emplois de son grade

 OU

* Placé(e) en disponibilité d’office pour raison de santé après épuisement des droits à maladie mais est reconnu inapte temporairement aux emplois de son grade

OU

* A nouveau placé en congés maladie si l’intéressé n’a pas épuisé ses droits maladie acquis lors de la PPR.

**ARTICLE 3 :**  Le présent arrêté sera :

* Notifié à l'intéressé(e),
* Transmis au comptable de la collectivité,
* Transmis au Président du Centre de Gestion

Fait à…………Le…………………

Signature de l’autorité territoriale

Notifié à l’agent le :

(date et signature)

Le Maire (ou Le Président) certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte. La présente décision peut faire l’objet, dans un délai de deux mois à compter de sa publication et/ou notification, d’un recours contentieux par courrier adressé au Tribunal administratif de Rennes 3, Contour de la Motte, CS 44416, 35044 Rennes Cedex, ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).