

SAISINE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

à la demande de l'administration

REFUS DU RECLASSEMENT D'OFFICE

CATEGORIE : ☐ A ☐ B ☐ C

Références :

- Article R.263-10 du CGFPP
- Article 3-1, décret n°85-1054 du 30 septembre 1985

La commune ou l'établissement public

- Nom :
- Adresse complète :
.....
- Coordonnées de la personne en charge du dossier :
 - Nom/Prénom :
 - Téléphone :
 - Courrier électronique :

L'agent

- Prénom/Nom d'usage :
- Nom de naissance :
- Date de naissance :
- Date d'entrée dans la collectivité :
- Service :
- Dernier emploi occupé :
- Durée hebdomadaire de l'emploi :
- Grade :

Motivation de la demande : *(merci de détailler le plus précisément possible)*

La commune ou l'établissement public sollicite l'avis de la CAP au motif de :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Information de l'agent :

M / Mme : prend connaissance :

☐ de la décision envisagée.

☐ de la saisine de la CAP.

Je soussigné(e) : M / Mme :

☐ Souhaite faire un rapport, lequel sera joint à la demande de la collectivité / établissement et transmis au Centre de gestion de la Loire.

☐ Ne souhaite pas faire de rapport.

Observations :

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature de l'agent,

Pièces à fournir :

- La copie de la décision de l'autorité territoriale informant l'agent de la mise en œuvre de cette procédure.
- La copie de la convocation à l'entretien.
- La copie de la demande gracieuse de refus de mise en œuvre de cette procédure de reclassement d'office.
- Le procès-verbal du conseil médical d'inaptitude définitive aux fonctions du grade.
- Ainsi que toutes pièces que vous jugerez utiles à l'étude du dossier.

***Pour permettre à la CAP d'émettre les avis,
merci de fournir impérativement les documents qui vous sont demandés.***

Fait à, le

L'autorité territoriale,

CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION

Dossier n° :