

**SAISINE DE LA COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

**LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE DEFINITIVE AUX FONCTIONS**

**Références juridiques :**

*Article 13 du décret n°88-145 du 15 février 1988*

*Article 20 du décret n°2016-1858 du 23 décembre 2016*

**Collectivité :** ……………………………………………………………………………………….

Courriel : ……………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………

Personne en charge du dossier : ……………………………………………………………………

**Situation administrative de l’agent contractuel :**

Nom et Prénom : ……………………………………

Catégorie : ………… Grade : ………………………………………………. Echelon : …………

Fonctions exercées : ………………………………………………………………………………..

**Type de contrats concernés**

* CDI et CDD dont le terme est postérieur à la date de reclassement formulée

**Type du contrat de travail :**

❑ Contrat de travail à durée indéterminée (CDI), depuis …. /…./……….

❑ Contrat de travail à durée déterminée (CDD), depuis …. /…./……….

Ancienneté dans la collectivité : ………………………………………………………………………………..

**Motif du recrutement /article du contrat de travail** : ……………………………………………………………………………………………………………

Date du début …./…. /………. Date de fin …./…. /……….

##### PIÈCES A JOINDRE :

**❑ Avis du médecin agrée,**

**❑ Le cas échéant, courrier de proposition de reclassement,**

**❑ Le cas échéant, courrier de l’agent renonçant à son reclassement,**

**❑ Courrier de l’autorité territoriale détaillant l’impossibilité de reclassement de l’agent,**

**❑ Copie du (des) contrat(s) de travail de l’agent.**

##### NOM - DATE ET SIGNATURE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE

*Rappel : les dossiers de saisine de la CCP doivent* ***parvenir*** *au CDG 2 semaines avant la séance. Ils peuvent être envoyés par mail :* *romain.bouat@cdg-12.fr*

 *CDG12 - Maj 31/07/2023*