**I1I/3) – DISPONIBILITE D’OFFICE**

**SUITE A UN REFUS D’EMPLOI**

**(après détachement, congé parental, position hors cadres,**

**disponibilité à caractère familial ou d’office pour raison de santé)**

**DE M./Mme …………………………………**

**GRADE ………………………………………**

Le Maire / le Président de ……………………….,

Vu le Code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n° 86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadres, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux et à l’intégration,

Vu l’arrêté en date du … plaçant M./Mme … (nom, prénom, grade) en position … *(de détachement/congé parental/hors cadres/de disponibilité de droit à caractère familial ou d’office pour raison de santé)* à compter du … pour une durée de … ,

Vu la demande de réintégration formulée par l’agent OU de remise à disposition formulée par l’administration d’accueil,

Considérant que M./Mme … *(nom, prénom)* a refusé l’emploi correspondant à son grade qui lui a été proposé,

Vu l’avis de la Commission Administrative Paritaire,

ARRETE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, M. (ou Mme) ……… (*nom, prénom,* *grade)* est placé(e) en disponibilité d’office pour une durée de … *(trois ans maximum)*,

ARTICLE 2 :

Pendant cette période, M. (ou Mme) ……… *(nom, prénom)* cesse d’être rémunéré(e) et bénéficier de ses droits à l’avancement et à la retraite,

ARTICLE 3 :

La période de disponibilité de trois ans est prolongée le cas échéant de pelin droit jusqu’à la présentation de la troisième proposition d’emploi,

**ARTICLE** 4 : Le Directeur Général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée au : Président du Centre de Gestion et au Comptable de la Collectivité.

Fait à ………… le …/…/…, Notifié le …/…/…,

Le Maire / Le Président Signature de l’agent

(*nom, prénom, qualité et signature*)

…/…

…

Le Maire / Le Président certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte.

Il informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Besançon dans un délai de deux mois à compter de la présence notification