C.A.P. compétente pour la catégorie : A **□**

B **□**

C **□**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

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

 ……………………………………………………………………………………..

Nom : ……………………………………………….….

Prénom : ……………..………………………………..….

Grade : …..…………..............................................................................

Durée hebdomadaire de travail : ………/ 35èmes

Date d’entretien avec l’agent : ……...….…………..

Date d’effet du licenciement : ……...…..…………..

Le , à

**L’autorité territoriale** (signature et cachet)

**Pièces à joindre :**

* **Avis du comité médical (inaptitude aux fonctions)**
* **La demande de reclassement de l’agent (le cas échéant)**
* **Propositions de reclassement (le cas échéant)**
* **Avis du médecin sur les propositions de reclassement (le cas échéant)**
* **Rapport justifiant de l’impossibilité de reclasser l’agent (le cas échéant)**