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

B **□**

C **□**

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

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

……………………………………………………………………………………..

Nom : ………………………………………………………………………..

Prénom : ……………..…………………………………………………………

Collectivité, établissement ou administration d’origine (*si différente*) : …………………………………………. …………………………………………………….....................................................................

Collectivité d’accueil (le cas échéant) : ……………………………………………………………….……………...

|  |  |
| --- | --- |
| **Situation d’origine** | **Situation d’accueil** |
| Grade : ………………………………………………… | Grade : …………………………………………………. |
| Echelon : ………………………………………………  Date de nomination dans l’échelon : ……………….  Indice brut : …………………………………………… | Echelon : ……………………………………………….  Date de nomination dans l’échelon : ………………..  Indice brut : …………………………………………….. |

Date d’effet : ………/………/……….….Durée du détachement : ………………………………………………………….

Le , à

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

**Pièces à joindre :**

* **demande du fonctionnaire sollicitant le détachement dans le cadre d’emplois,**
* **le profil du poste proposé par la collectivité (fiche de poste)**
* **l’avis du médecin sur le profil du poste**
* **le procès-verbal du comité médical précisant que l’agent est inapte à l’exercice de**

**ses fonctions et est susceptible d’exercer des fonctions d’une autre nature ou des**

**fonctions dans un autre cadre d’emplois,**

* **la dernière situation administrative de l’agent dans son grade d’origine,**

**NB : La publicité de l’emploi est à réaliser**