A envoyer en LRAR ou contre certificat de remise en main propre

A compléter par la collectivité

Affaire suivie par

Nom, prénom, fonction

Coordonnées (tél. – mail)

**Objet** : information du droit à bénéficier d’une période de préparation au reclassement

Madame / Monsieur,

Dans son avis en date du |\_\_|\_\_|\_\_\_\_| ***(à compléter)***, le ~~comité~~ conseil médical), vous a déclaré(e) inapte de manière définitive et absolue aux fonctions relevant de votre grade de ………………………. ***(à préciser)*** et a préconisé un reclassement.

Conformément aux dispositions de l’article 2 du décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié par le décret n° 2019-172 du 5 mars 2019 et le décret 2022-626 du 22 avril 2022, je vous informe par la présente de votre droit à bénéficier d’une période de préparation au reclassement (PPR).

La PPR est un dispositif de transition professionnelle d’une durée de 12 mois maximum[[1]](#footnote-1) dont l’objectif est de vous préparer à l’intégration d’un poste de reclassement compatible avec votre état de santé.

Au cours de cette période, vous pourrez être accompagné dans l’élaboration et la mise en œuvre de votre projet de transition professionnelle, suivre différentes actions de formation, d’observation et de mise en situation. Si vous acceptez de suivre une PPR, nous définirons conjointement un programme d’actions, une partie des actions d’observation et de mise en situation pouvant être conduites au sein d’une autre administration.

Ces actions seront formalisées dans une convention conclue entre vous, moi-même, le Président du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Var (CDG83) et, le cas échéant, une administration d’accueil.

En acceptant ce dispositif, vous vous engagez à vous déplacer sur le lieu de déroulement des actions, à faire preuve d’assiduité et d’implication et d’une réelle volonté de vous investir dans un emploi de reclassement.

Durant cette période de PPR, vous serez placé(e) en position d’activité et vous percevrez l’intégralité de votre traitement indiciaire additionné de l’indemnité de résidence et, le cas échéant, du supplément familial de traitement **et le complément de traitement indiciaire prévu par le**[**décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020**](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045640849)**relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics ».**

Je vous remercie de bien vouloir **m’informer par écrit, dans le délai de quinze jours suivant la réception de la présente, de votre accord ou de votre renonciation à bénéficier d’une PPR.**

**Sans réponse de votre part dans ce délai, je considèrerai que vous renoncez à bénéficier de la PPR.**

En cas d’acceptation de la PPR, il vous appartiendra, au plus tard à l’issue de celle-ci, de formuler par écrit une demande de reclassement.

Le refus de bénéficier de la PPR ne vous prive pas de la possibilité de formuler une demande écrite de reclassement.

Si vous ne souhaitez pas faire une demande de reclassement ou si le reclassement au sein de la collectivité ou dans une administration d’origine n’est pas possible, vous pourrez, au terme de vos droits statutaires à congés maladie, soit être admis(e) à la retraite pour invalidité avec l’accord de la CNRACL soit être licencié(e) après une période de disponibilité d’office.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter …………….... ***(Rappeler les nom, prénom, fonction et coordonnées de la personne en charge du dossier)***.

Je vous prie d’agréer, Madame/Monsieur, ……….

Le Maire / Le Président

(cachet et signature)

1. Sauf cas de report de la date de fin dans des cas limitativement définis par le décret. [↑](#footnote-ref-1)