**LICENCIEMENT POUR REFUS DE REINTEGRATION APRES UNE DISPONIBILITE**

Références statutaires :

- article 101 de l’arrêté n° 1065 du 22 août 1953 *portant statut général des fonctionnaires des cadres territoriaux*;

- article 120 de la délibération n° 486 du 10 août 1994 *portant création du statut général des fonctionnaires des communes de Nouvelle-Calédonie*.

**1- DEFINITION ET CONDITIONS STATUTAIRES**

**Expiration de la période de disponibilité :**

A compter de la date d’expiration de la disponibilité, l’employeur d’origine doit proposer à l’agent un des 3 premiers emplois vacants correspondant au cadre d’origine de l’agent et intervenant au sein de sa structure. En cas de refus du poste qui lui est assigné, l’agent encourt un licenciement.

**2- SITUATION DE L’AGENT (*à remplir par l’employeur d’origine)***

Nom / Prénom : …………………………………………………………………………............………........................

Employeur d’origine : ..……………………………………………………………………….………...........................

Date de la période de disponibilité :

Emploi(s) vacant(s) proposé(s) à l’agent, correspondant à son cadre d’origine et intervenant au sein de sa structure :

……………………………………………………………………………………………………………………….......

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Corps – Cadre | Grade - Classe | Echelon | IB | Catégorie |
|  |  |  |  | ⬜ A ⬜ B ⬜ C |

**PIECES A FOURNIR PAR L’EMPLOYEUR**

Copie de la décision relative à la situation administrative de l’agent (disponibilité)

Copie de la demande de réintégration de l’agent

Copie du courrier de proposition de poste(s) de l’employeur d’origine

Fiche(s) de poste

Copie du courrier de refus de réintégration de l’agent

**3- DEMANDE DE L’EMPLOYEUR (*à remplir par l’employeur d’origine)***

|  |  |
| --- | --- |
| Sollicite le licenciement pour refus de réintégration après une **disponibilité**. | |
| Observations éventuelles : …………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Date : | Signature : |

**4- AVIS DU CONSEIL DE DISCIPLINE (*à remplir par la DRHFPNC)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de la CAP : |  |  |  |  |
| Favorable |  | Défavorable |  | Avis réputé rendu |
| Signature : |  |  |  | |