**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 : |  |  |  |