

Saisine C.A.P. de catégorie ...

*Nom et adresse de la collectivité :*

*Nom et adresse mail de la personne gestionnaire :*

**LICENCIEMENT DU FONCTIONNAIRE QUI REFUSE UN POSTE  
A L'EXPIRATION D'UN CONGE MALADIE (C.M.O., C.L.M., C.L.D.)  
REFUS SANS MOTIF VALABLE LIE A SON ETAT DE SANTE)**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

**Pièces à joindre :**

- ✓ **Rapport circonstancié de l'autorité territoriale, du D.G.S. ou des chefs de service expliquant les raisons pour lesquelles elle souhaite licencier l'agent**
- ✓ **Le refus du poste proposé au fonctionnaire**
- ✓ **Information à l'agent de la saisine de la C.A.P. sur son licenciement**
- ✓ **Tout élément complémentaire pouvant éclairer l'étude du dossier**

A ....., le .....

L'autorité territoriale,