



Centre de Gestion de Haute-Saône

SAISINE DE LA CAP POUR AVIS SUR UNE DEMANDE DE LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE PHYSIQUE

Article 41 du décret n°91-298, article 2 du décret n°85-1054 et CAA de Nantes 95NT00500

CAP compétente de : catégorie A
 catégorie B
 catégorie C

1. Identification de la collectivité ou établissement employeur :

Nom : _____

Adresse : _____

Nom de l'autorité : _____

Personne en charge du suivi du dossier (nom, coordonnées téléphoniques et adresse mail) :

2. Identification de l'agent concerné :

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Grade : _____

Durée hebdomadaire de travail : _____ / 35^{ème}

3. Information concernant la demande de licenciement :

Liste des différentes périodes de congé maladie :

Dates de l'éventuelle mise en disponibilité à l'issue du congé maladie :

L'agent est reconnu inapte : de manière totale et définitive à son emploi
 de manière totale et définitive à son cadre d'emploi
 de manière totale et définitive à toutes fonctions

L'agent a-t-il été invité à formuler une demande de reclassement ? Oui, le _____ Non

L'agent a-t-il formulé une demande de reclassement ? Oui, le _____ Non

Une proposition de reclassement a-t-elle été formulée à l'agent ? Oui, le _____ Non

L'agent a-t-il refusé la demande de reclassement ? Oui, le _____ Non

Montant de l'indemnité de licenciement : _____

Le _____, à _____

L'autorité territoriale
(prénom, nom, signature et cachet)

Pièces à joindre :

- avis du Comité Médical,
- copie de la demande de reclassement formulée par l'agent ou refus de l'agent,
- copie de la proposition ou des propositions faites par l'employeur.