**Modèle de courrier d’information du droit à bénéficier d’une Période de Préparation au Reclassement (PPR)**

**(*courrier à adresser à l’agent accompagné de l'avis du Comité médical départemental*)**

 ………………………….., le ………………………..

 M……….. le Maire (*ou Président*)

 A

 Madame / Monsieur ………………………..

 (adresse)

**Objet : Notification d’un avis du Comité médical départemental et information du droit à bénéficier d’une Période de Préparation au Reclassement**

**Pièces jointes :**

* **Avis du Comité médical départemental ;**
* **Formulaire de réponse à une proposition de PPR ;**
* **Enquête préalable à l’engagement d’une PPR ;**
* **Fiche technique sur le dispositif PPR**

Madame / Monsieur (*à adapter selon le cas*)

Par avis en date du …………………………, le Comité médical départemental a considéré que votre état de santé, sans vous interdire d’exercer toute activité, ne vous permettait pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de votre grade …………………………… (*à compléter*).

Conformément à l’article 2 du décret n° 85-1054 du 30 septembre 1985 modifié, j’ai l’honneur de vous informer de votre droit à bénéficier d’une Période de Préparation au Reclassement (*PPR*).

Comme vous pourrez le lire dans la plaquette d’information ci-jointe, cette période vise à accompagner la transition professionnelle des fonctionnaires territoriaux vers un reclassement. Elle a pour objet de les préparer et, le cas échéant, de les qualifier pour occuper un nouvel emploi compatible avec leur état de santé tout en garantissant leur situation administrative.

Elle peut ainsi comporter, en fonction du projet professionnel de l’agent, des actions de formation ainsi que des périodes d’observation ou d’immersion sur un ou plusieurs postes dans sa collectivité d’origine mais également auprès de toute administration ou établissement public.

Nouvelle perspective offerte aux fonctionnaires territoriaux reconnus inaptes aux fonctions de leur grade, la période de préparation au reclassement reste néanmoins une faculté pour ces derniers qui peuvent décider de renoncer à ce dispositif et sont alors tenus, dans ce cas, de formuler auprès de leur collectivité une demande de reclassement sur un emploi compatible avec leur état de santé.

Compte-tenu de ces éléments, je vous saurais gré de bien vouloir me retourner le formulaire de réponse dûment complété, (matérialisant votre accord ou votre refus de bénéficier d’une période de préparation au reclassement) dans un délai de 15 jours à compter de la réception du présent courrier.

En cas d’acceptation, je vous invite à compléter et à me retourner l’enquête jointe au présent courrier sous les mêmes délais afin de pouvoir vous proposer les actions de reconversion professionnelle les mieux adaptées à votre projet professionnel.

En cas de renonciation, je vous invite à me faire parvenir votre demande de reclassement dans un emploi d’un autre corps ou cadre d’emplois.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter …………………. (service RH de la collectivité).

Le service Mobilités et Accompagnement des Parcours Professionnels du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Gironde se tient également à votre disposition pour vous aider à compléter l’enquête ou pour toute précision sur le dispositif à la période de préparation au reclassement (**🕿** 05 56 11 93 07 – ppr@cdg33.fr)

Dans cette attente, je vous prie d’agréer, Madame/Monsieur, l’expression de ma considération distinguée.

 Le Maire (ou Président)

 ………………………………………….