ARRÊTÉ

DE RADIATION SUITE À ABANDON DE POSTE

*(Agent contractuel de droit public)*

DE M/MME ........................................................................................

EMPLOI ....................................................................................

Le/La Maire (ou le/la Président.e) de ………,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

Vu le contrat à durée déterminée/indéterminée en date du ….. conclu entre le/la Maire (ou le/la Président.e) de ……… et M/Mme ……….,

Considérant que M/Mme .………, ……… *(emploi),* est absent.e du service sans autorisation ni justification depuis le …… et qu’il/elle n’a pas repris ses fonctions depuis cette date,

Considérant que M/Mme ………….. a fait l'objet d'une mise en demeure par lettre recommandée en date du ….. avec accusé de réception notifiée le ……. de reprendre ses fonctions au plus tard le .............., et l’informant qu’à défaut de reprise dans ce délai ou de présentation d’un justificatif valable, une mesure de radiation des effectifs pour abandon de poste serait prononcée à son encontre sans procédure disciplinaire préalable,

Considérant que M/Mme ………….. n'a ni déféré à cette mise en demeure, ni fourni de justificatifs susceptibles d'expliquer son absence ou sa situation, ni fait connaître aucune intention avant l'expiration du délai imparti, et qu'il/elle a ainsi rompu le lien qui l'unissait à l'administration,

Considérant qu’il est reproché à M/Mme ……… d’avoir manqué gravement à son obligation de servir,

ARRÊTE

ARTICLE 1 : A compter du …… (*au plus tôt à la date limite de reprise fixée dans la mise en demeure),* M/Mme ………, ………*(emploi),* est radié.e des effectifs pour abandon de poste.

**ARTICLE 2 :** Le Directeur Général/La Directrice Générale est chargé.e de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l'intéressé.e.

**Ampliation adressée au** :

- Président du Centre de Gestion

- Comptable de la collectivité

Fait à …… le …….,

Le/La Maire (ou le/La Président.e),

*(prénom, nom et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

Le/la Maire (ou le/La Président.e),

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir, dans un délai de deux mois à compter de la présente notification, par courrier adressé au Tribunal Administratif de Nantes ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :