………………….., le

Titre du destinataire

Adresse 1

Adresse 2

Adresse 3

Dossier suivi par : prénom - nom

Tél : ×× ×× ×× ××

Adresse mail

*Objet : Proposition de mise en œuvre d’une Période Préparatoire au Reclassement - PPR*

*Lettre recommandée avec accusé réception*

Madame/Monsieur,

Dans son avis en date du ……, le comité médical vous a déclaré(e) définitivement inapte aux fonctions de votre grade de ……

Conformément au décret n°2019-172 du 05 mars 2019, vous avez le droit de bénéficier d’une période préparatoire au reclassement (PPR).

Cette période, d’une durée maximale d’un an, a pour objectif de vous préparer et, le cas échéant, de vous former en vue de l’occupation d’un nouvel emploi compatible avec votre état de santé. Elle vise à accompagner votre transition professionnelle vers le reclassement.

Pour mettre en œuvre cette période de préparation au reclassement, des actions de reconversion professionnelle (ex : bilan de compétences, formations, stages d’observations ou de mises en situation, accompagnement personnalisé ou collectif) peuvent vous être proposées en fonction de votre projet professionnel. Ces actions seront formalisées dans une convention conclue entre vous, le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Loire-Atlantique (CDG 44) et Madame/Monsieur……. Maire de ………

La PPR nécessite un total engagement de votre part et une réelle volonté d’être reclassé(e) dans un emploi compatible avec votre état de santé.

En acceptant cette PPR, vous vous engagez à vous déplacer au CDG 44 ou en tout autre lieu pour participer aux rendez-vous d’accompagnement, suivre une ou plusieurs formation(s) ainsi qu’un ou plusieurs stage(s) ou immersions.

Je vous précise que pendant cette période, vous serez placé(e) en position d’activité dans votre cadre d’emploi initial et donc percevrez la totalité du traitement indiciaire correspondant.

Je vous remercie de m’informer par écrit, dans un délai de 15 jours à compter de la réception de ce courrier, de votre accord pour bénéficier de cette PPR ou de votre refus.

En cas de refus, je vous informe que vous pouvez directement solliciter votre reclassement sur un emploi compatible avec votre état de santé. La procédure de reclassement sera menée selon les dispositions de droit commun prévus dans l’article 3 du décret n°85-1054 du 30 septembre 1985 pour une période d’une durée maximale de trois mois à compter de votre demande.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter Madame/Monsieur ……. du service ressources humaines de la mairie de……..

Je vous prie de croire, Madame/Monsieur, l’assurance de ma considération distinguée.

Le Maire,

Prénom Nom