**ARRÊTÉ**

**de mise à la retraite pour invalidité**

**De M. ou Mme [Nom Prénom]**

**[grade]**

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général de la fonction publique,

Vu la loi n°2003-775 du 21 août 2003 et la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites,

Vu le décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL,

Vu la demande écrite en date du [**date**] présentée par M. ou Mme [**Nom, Prénom**] exprimant sa volonté d’être admis à la retraite à compter du [**date**], *(le cas échéant)*

Vu l’avis du Conseil médical en date du [**date**],

Vu l’avis favorable de la CNRACL à la radiation des cadres pour invalidité à compter du [**date**], au plus tôt au lendemain de l’avis du Conseil médical,

Considérant que M. ou Mme [**Nom, Prénom**] a épuisé ses droits a congés statutaires et a été reconnu(e) définitivement inapte à l’exercice des fonctions de son grade et n’a pu être reclassé(e) dans un emploi compatible avec son état de santé,

**OU**

Considérant que M. ou Mme [**Nom, Prénom**] a épuisé ses droits a congés statutaires et a été reconnu(e) définitivement inapte à l’exercice des fonctions de son grade et n’a pu être reclassé(e) dans un emploi compatible avec son état de santé,

Considérant que l’agent est affilié à la CNRACL sous le numéro [**numéro**],

**ARRÊTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Article 1** **:**  | M. ou Mme [**Nom, Prénom**], [**grade**], est admis à la retraite pour invalidité à compter du [**date**]. |
| **Article 2** **:**  | M. ou Mme [**Nom, Prénom**] est radié(e) des cadres à compter de cette date. |
| **Article 3** **:**  | Le Secrétaire Général (ou le Directeur Général) est chargé 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 [**commune**], le [**date**]

Le Maire *(ou le Président),*

Le Maire (ou le Président),

* 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 devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Notifié le [**date**] Signature de l’agent :