

**SAISINE DE LA C.C.P. Catégorie : A B C**

[cap-ccp@cdg30.fr](mailto:cap-ccp@cdg30.fr)

**FIN DE FONCTIONS**

**Motif de la demande d'avis (cocher la case correspondante)**

Impossibilité de reclassement avant licenciement  
(art. 20 décret n° 2016-1858 du 23 déc. 2016 et art. 39-5 décret n° 88-145 du 15 février 1988)

Licenciement pour inaptitude physique  
(art. 13 décret n° 88-145 du 15 février 1988)

Licenciement pour insuffisance professionnelle  
(art. 39-2 décret n° 88-145 du 15 février 1988)

Licenciement dans l'intérêt du service  
(art. 39-3 décret n° 88-145 du 15 février 1988)

Licenciement d'un agent investi d'un mandat syndical  
(art. 42-2 décret n° 88-145 du 15 février 1988)

<b>Collectivité :</b>
NOM – Prénom de l'agent :
Type de contrat :
Renseignements divers :

Certifié conforme (cachet et signature de l'autorité)

À

le

**Pièces à joindre au formulaire de saisine : rapport circonstancié motivant la saisine et tout autre document que l'autorité territoriale juge utile à l'appréciation des membres.**