****DEMANDE DE MISE EN DISPONIBILITE**

*Loi n° 83.634 du 13 Juillet 1983 modifiée-Loi n° 84.16 du 11 Janvier 1984 modifié (article 51) - Décret n° 85.986 du 16 Septembre 1985* modifié

*Décret n° 2002-684 du 30.04.2002 modifiant le décre t n° 85-986 du 16.09.1985*

**DPEATSS**

**NOM : PRENOM :**

**GRADE : ETABLISSEMENT :**

**ADRESSE :**

J’ai l’honneur de solliciter de votre bienveillance ma mise en disponibilité pour la période

**du :………………….………………………………………………………………………………………………………**

**au :..………………………………………………………………………………………………………………………..**

**pour le motif ci-après : (cocher la case utile)**

🞎 **ARTICLE 44 - sur demande** (sous réserve des nécessités du service) :

1. Etudes ou recherches présentant un intérêt général (ne peut excéder 3 années) elle est renouvelable 1 fois pour une durée égale (soit 6 années).
2. Pour convenances personnelles (ne peut excéder 5 années), elle est renouvelable mais sa durée ne peut excéder au total 10 années pour l’ensemble de la carrière sous réserve de réintégrer la fonction publique au moins 18 mois, au plus tard à la fin d'une période de 5 ans.

🞎 **ARTICLE 46 - pour créer ou reprendre une entreprise** (ne peut excéder deux années) à condition d’avoir accompli au moins quatre années de services effectifs dans l’administration depuis sa titularisation. Elle est non renouvelable.

**Attention en cas de demande de disponibilité pour convenances personnelles à la suite d'une disponibilité pour création ou reprise d'entreprise de 2 ans, la durée de la disponibilité pour convenances personnelles est limitée à 3 ans.**

🞎 **ARTICLE 47 - de droit**

1. Pour élever un enfant de moins de douze ans
2. pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, un partenaire ou à un ascendant atteint d’un handicap nécessitant la présence d’une tierce personne (sans limite de durée si les conditions requises pour l’obtenir sont réunies).
3. pour suivre son conjoint ou PACS lorsque celui-ci est astreint à établir sa résidence habituelle en raison de sa profession, en un lieu éloigné du lieu de résidence du fonctionnaire.

 La mise en disponibilité prononcée en application des dispositions ci-dessus ne peut excéder trois années. Elle peut être renouvelée si les conditions requises pour l'obtenir sont réunies.

1. La mise en disponibilité est également accordé de droit, sur sa demande, au fonctionnaire titulaire de l'agrément mentionné aux [articles L. 225-2](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796840&dateTexte=&categorieLien=cid) et [L. 225-17](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796870&dateTexte=&categorieLien=cid) du code de l'action sociale et des familles lorsqu'il se rend dans les départements d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer et la Nouvelle-Calédonie ou à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants. Dans ce cas, la mise en disponibilité ne peut excéder six semaines par agrément.
2. La mise en disponibilité est également accordée de droit, pendant la durée de son mandat et sur sa demande, au fonctionnaire qui exerce un mandat d'élu local.

**Pièces à joindre à la présente demande :**

- Photocopie du livret de famille

- Un certificat médical délivré par un médecin agréé

- Un certificat de travail du conjoint

🞎 Je joins l’imprimé ci-joint complété**.**

 **A…………………………. le………………………………..**

 **Signature :**

**AVIS DU CHEF D’ETABLISSEMENT OU DE SERVICE :**

 **A…………………………. le………………………………..**

 **Signature :**

**A RETOURNER AU PLUS TARD LE 15 JUIN 2021**

**DEMANDE DE REPRISE APRES DISPONIBILITE**

*Loi n° 83.634 du 13 Juillet 1983/Loi n° 84.16 du 11 Janvier 1984 - Décret n° 85.986 du 16 Septembre 1985*

*Décret n° 2002-684 du 30.04.2002 modifiant le décre t n° 85-986 du 16.09.1985*

*Décret n°2007-611 du 11.04.2007 abrogeant le Décret n° 95-168 du 17 Février 1995*

 **DPEATSS**

**Le fonctionnaire mis en disponibilité sur sa demande doit solliciter sa réintégration
2 mois au moins avant l’expiration de la période de disponibilité en cours.**

**NOM : PRENOM :**

**GRADE :**

**ADRESSE :**

 **TELEPHONE :**

Je sollicite ma réintégration à la date du : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

**Joindre un certificat médical d’aptitude physique à exercer les fonctions, établi par un médecin agréé**.

 **Fait à …………………………. le………………………………..**

 **Signature :**

**A RETOURNER AU PLUS TARD LE 15 JUIN 2021**