Annexe 4 - Attestation de non reclassement

IDENTIFICATION DE L’ADMINISTRATION

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) (nom & prénom) ------------------------------------------,

(fonction) ------------------------------------------,

dûment habilité par délégation de ou du ----------------------------- .

Déclare que (nom du service) ------------------------------------------

a étudié toutes les possibilités d’aménagement du poste de travail ou de reclassement pour raison de santé, telles qu’elles sont prévues par les articles 71 à 76 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, 81 à 86 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 ou 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984(indiquer uniquement la mention utile) et les décrets pris pour leur application, préalablement à la demande de pension pour invalidité concernant

Nom-----------------------nom patronymique ----------------------------Prénom----------------------------------------,

qualité-------------------- ;

[ ] Certifie qu’il n’a pas été possible de lui trouver un poste adapté ou un emploi de reclassement lui permettant de continuer son activité dans des conditions compatibles avec son état de santé.\*

[ ] Certifie que l’agent a refusé de déposer une demande de reclassement \*

[ ] Certifie que l’agent a refusé les propositions de reclassement qui lui ont été faites pour un motif non lié à son état de santé \*

Déclare le présent dossier de demande de pension pour invalidité complet.

Fait le à

Signature et cachet de l’employeur

\* Cochez la case correspondante