

Commune de(1)
Communauté d'agglomération de(1)
Communauté de communes de(1)
Syndicat de(1)

**MODELE D'ARRETE PORTANT NOMINATION
DE MME/M.....(1)
GRADE.....(1)
EN QUALITE D'ASSISTANT DE PREVENTION**

Madame/Monsieur le Maire de(1)
Madame/Monsieur le/la Président(e) de(1)

Vu le Code général des Collectivités territoriales,
Vu le Code Général de la Fonction Publique,
Vu le décret n° 85-603 du 10 Juin 1985 modifié, relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la Fonction Publique Territoriale,
Vu l'Arrêté du 29 janvier 2015 relatif à la formation obligatoire des assistants de prévention, des conseillers de prévention et des agents chargés des fonctions d'inspection dans le domaine de la santé et la sécurité.

ARRETE

ARTICLE 1 : Madame/Monsieur.....(1) est nommé(e) Assistant de prévention à compter du :..... (1)

ARTICLE 2 : Un plan de formation spécifique (*formation préalable à la prise de fonction et formation continue*) est prévu afin que Madame/Monsieur(1) puisse assurer sa mission.
La prise de fonctions effective est subordonnée au suivi obligatoire d'une formation préalable qui fera l'objet d'un arrêté distinct.

ARTICLE 3 : Madame/Monsieur(1) exercera sa mission sous la responsabilité de l'autorité territoriale.

ARTICLE 4 : Madame/Monsieur (1) bénéficiera d'un droit d'accès aux locaux relevant de l'aire de compétence géographique de la collectivité dans le cadre des missions qui lui sont confiées par l'autorité.

ARTICLE 5 : Madame/Monsieur(1) disposera du temps nécessaire à l'exercice de sa mission.

ARTICLE 6 : L'Assistant de prévention peut à tout moment démissionner de ses fonctions. Il en informe alors par écrit l'autorité territoriale en indiquant le motif de renonciation. Un préavis de deux mois est recommandé afin de laisser le temps à l'autorité territoriale de pourvoir à nouveau le poste.

ARTICLE 7 : Monsieur/Madame le/la Secrétaire, le/la Directeur/Directrice (*Général(e)*) est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé(e).

Ampliation adressée à Monsieur le Président du Comité Social Territorial placé auprès du Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute-Corse.

Notifié à l'intéressé(e) le :.....

Fait à :.....
le :.....

Signature de l'intéressé(e) :

Le Maire ou le/la Président(e) : (1)

Le Maire ou le/la Président(e) : (1)

- 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.

(1) A adapter et/ou à compléter