**engagement de servir**

**pour un agent nomme stagiaire**

**au grade de chef de service de police municipale**

***(Engagement à souscrire avant la nomination-stagiaire)***

Madame/Monsieur le Maire/Président

 Madame/Monsieur le Maire/Président, vous m’avez informé par écrit le …, que ma nomination stagiaire sur l’emploi de …….. au grade de **CHEF DE SERVICE DE POLICE MUNICIPALE** était conditionnée à mon acceptation d’un engagement de servir auprès de votre commune/établissement en charge de ma formation, pour une durée de … (3 ans maximum) à compter de la date de ma titularisation.

Par le présent courrier, je, soussigné(e), M. ou Mme …………., déclare accepter d’être nommé(e) stagiaire au sein de votre commune (ou établissement) et m’engage à servir votre commune/établissement pour une durée de … ans (maximum 3 ans) à compter de ma titularisation, conformément aux dispositions l’article L412-57 du code des communes et au décret n°2021-1920 du 30 décembre 2021,

Je reconnais avoir pris connaissance de mon obligation du remboursement, en cas de rupture de mon engagement dans le délai de …. *(durée de l’engagement de servir)* à compter de la date de ma titularisation, correspondant aux frais pédagogies engagés dans le cadre de ma formation initiale d’application, conformément au barème suivant :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Chef de service de police municipale (cat. B) |
| Coût de la FIA | 16 789 € |
| Montant dû si rupture la 1ère année | 16 789 € |
| Montant dû si rupture la 2ème année | 10 073,4 € |
| Montant dû si rupture la 3ème année | 5 036,7 € |

En me demandant ce remboursement, les dispositions de l’article L512-25 du code général de la fonction publique, relatives au remboursement de la formation par mon futur employeur en cas de mutation, ne sont pas applicables.

Je prends également connaissance que si je vous fournis tout justificatif de nature à prouver un motif impérieux (notamment lié à mon état de santé ou de nécessités d’ordre familial) me conduisant à rompre mon engagement, vous pouvez me relever totalement ou partiellement de mon obligation de remboursement. En cas de dispense totale, les dispositions de l’article L512-25 susvisé redeviennent applicables.

Fait à ………, le ……….

Agent *(Qualité - Nom Prénom)*

Signature

Visa de l’autorité territoriale

Signature