

**IMPRIMÉ DE SAISINE POUR AVIS**

**COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

**REFUS DE DEMANDE DE CONGÉS AU TITRE DU COMPTE ÉPARGNE TEMPS (CET)**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**IDENTIFICATION DE L'AGENT EFFECTUANT LA SAISINE**

**Nom : ………………………………………………………………………… Prénom : .……………..………………………………………………**

**Emploi : …………………………………………………………………….………………………………………………………………………………..**

**Adresse :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Code postal : .……………..………………………………… Ville : …………………………………………………………………………………**

**Téléphone : ……………………………………………… E-mail : …………………………………………@.......................................**

\* L’agent autorise le Centre de Gestion à communiquer ses coordonnées personnelles aux représentants du personnel siégeant en Commission Consultative Paritaire : ❑ oui ❑ non

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ CONCERNÉE**

**Nom de la collectivité :..………………………………………………………………………………………………..….…………………………**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**PIÈCES À FOURNIR AU CENTRE DE GESTION**

🞎 Imprimé de saisine dûment complété

🞎 Copie de la demande de l’agent à l’autorité territoriale de mobilisation du CET

🞎 Copie du courrier de l’autorité territoriale motivant le refus de congé au titulaire du CET

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

 Fait à…………………………………..……, le …………………………………..

 L'autorité territoriale, (signature et cachet)

|  |
| --- |
| **DOSSIER À TRANSMETTRE AU PÔLE GESTION STATUTAIRE DU CENTRE DE GESTION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE : Statut@cdg-64.fr :** |

