

**IMPRIMÉ DE SAISINE POUR AVIS**

**COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

**NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT D’UNE PERSONNE INVESTIE D’UN MANDAT SYNDICAL**

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

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

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

**Personne chargée du suivi du dossier : ………………………………………………………………………………………..…… Téléphone : ……………………………………………… E-mail : …………………………………………@........................................**

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

**IDENTIFICATION DE L’AGENT CONCERNÉ**

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

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

*\*Sous réserve de l’accord de l’agent, ces informations seront transmises aux représentants du personnel afin qu’ils puissent le contacter, le cas échéant*

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

**PIÈCES À TRANSMETTRE AU CENTRE DE GESTION**

🞎 Imprimé de saisine dûment complété

🞎 Copie du/des contrat(s) de l’agent (si non transmis au Centre de gestion)

🞎 Copie du justificatif du mandat syndical

🞎 Copie de la lettre d’intention de l’autorité territoriale de non renouvellement du contrat

🞎 Rapport détaillé de l’autorité territoriale sur les motifs du non renouvellement du contrat

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

 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** |

