

**IMPRIMÉ DE SAISINE POUR AVIS**

**COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

**INTERRUPTION DU TÉLÉTRAVAIL**

**À L’INITIATIVE DE LA COLLECTIVITÉ**

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

**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 TRANSMETTRE AU CENTRE DE GESTION**

🞎 Imprimé de saisine dûment complété

🞎 Copie du compte rendu de l’entretien préalable

🞎 Copie de la convention signée avec l’agent concernant les conditions d’application du télétravail

🞎 Copie de la décision d’interruption du télétravail motivée de l’autorité territoriale

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

 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** |

