SAISINE DU COMITE TECHNIQUE

**Objet :** **TRANSFERT DE PERSONNEL**

**Références** :

- CGFP

- loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative à la simplification de la coopération intercommunale,

- loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité,

- loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilité locales,

- Art. L.5111-1-1, L.5211-43-3, L.5211-4-1 du code général des collectivités territoriales,

Loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l’action publique territoriale et d’affirmation des métropoles modifiée

**COLLECTIVITE** : .....................................................................................................

Adresse :.................................................................................................................

Nombre d'habitants : ............................

Coordonnées de la personne chargée du dossier :

Nom, prénom ………………………………………….……………….………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………… mail : ……………………………………………………………………

**Nombres d'agents**: Titulaires : .................Stagiaires : ..................Contractuels ...............

* **Compétence / service concerné :** ………………………………………………………..………………………………………

*Le transfert s’effectue  :*

*De………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*Vers………………………………………………………………………………………………………………………………………….*

* **MODALITES DU TRANSFERT DU PERSONNEL :**

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

* **DATE D’EFFET :** ………../………./…………
* **Nombre d’agents concernés par le transfert : ……..……..**
* **Modalités de CONSULTATION DU PERSONNEL**

Modalités de consultation du personnel (réunion, entretien, courrier, note d’information…)

........................................................................................................................

Date(s) de consultation(s) : ...........................

Assistance extérieure : 🞎 oui 🞎 non

Si oui, à préciser : …………………………………………………………………….

* **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

- Prestations sociales : (PSC, chèques repas, …) :

Avant : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Après : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- Régime indemnitaire

Avant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Après : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

A …………………..………………….…. Le ………………….……...…

Signature de l’autorité Territorial (Nom, Prénom, Fonction)

**Joindre un rapport détaillé avec la saisine**

*(Ce document est proposé à titre indicatif il peut être complété ou modifié.* ***Une fiche est à réaliser par agent ou groupe d’agents dans une situation identique)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AGENT N°1 :**  Observations éventuelles et  Accord écrit de l’agent  à joindre | Fonctionnaire □ Grade……………………..………………  CDI □……..CDD □  Rémunéré sur le Grade de :……………………………….…  Durée hebdomadaire ……h…….  Affectation à l’activité ou au service transféré  Partielle □…Totale □  Missions :…………………………………..………………………..  ……………………………………………………………………………… | Fonctionnaire : Mutation □………..Mise à disposition □  Grade…………………………………..…………………………………………..………………….…..  CDI □……..CDD □  Rémunéré sur le grade de :………………….………………………………………………..…  (Ou nommé statutairement □ sur le grade de…………………..………………….)  Durée hebdomadaire ……h…….  Affectation à l’activité ou au service transféré  Partielle □…Totale □ durée hebdomadaire : …………h……..…  Missions :……………………….………………………………………….…….  Observations de l’agent : □ oui □ non |
| **AGENT N° :**  Observations éventuelles et  Accord écrit de l’agent  à joindre | Fonctionnaire □ Grade……………………………….………  CDI □……..CDD □  Rémunéré sur le Grade de :……………………………………  Durée hebdomadaire ……h…….  Affectation à l’activité ou au service transféré  Partielle □…Totale □  Missions :…………………………………..…………………………..  …………………………………………………………………..………… | Fonctionnaire : Mutation □………..Mise à disposition □  Grade……………………………………………………..………………………………………………..  CDI □……..CDD □  Rémunéré sur le grade de :………………….…………………………………………………  (Ou nommé statutairement □ sur le grade de………………………….………….)  Durée hebdomadaire ……h…….  Affectation à l’activité ou au service transféré  Partielle □…..Totale □……durée hebdomadaire : ………h….……  Missions :……………………….………………………………………………….…………….…..….  Observations de l’agent : □ oui □ non |

Dupliquer le tableau si nécessaire