SAISINE DU CST

**Objet :** **RÉORGANISATION DE SERVICE**

**Textes de référence :** CGFP (ex article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984)

Décret n°85-603 du 10 juin 1985

Articles 18 et 30 du décret 91-298 du 20 mars 1991 (temps non complet)

**Principe :** L’article 33, alinéa 1 de la loi du 26 janvier 1984 précise que les CT sont consultés pour avis sur les questions relatives à l’organisation des administrations intéressées, aux conditions générales de fonctionnement des services à l’introduction de nouvelles méthodes de travail, etc…

**COLLECTIVITE** : ……………………………………………………………………………… Nombre d’habitants …….…

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

*Nom et Coordonnées de la personne en charge du dossier* : ……………………………………………………......

**Téléphone et courriel** : ..............................................................................................................

Nombre d’agents titulaires :………… Stagiaires :………………… Contractuels : .............

**- Projet de réorganisation :**

Réorganisation du service de :…………………………………….

Date de la réorganisation :…………………………………………

Objectif de la réorganisation : ………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Descriptif du projet : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Impact sur le personnel : ………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Délais de réalisation : ………………………………………

**- Conséquences de cette réorganisation :**

🞏 Suppression de poste(s) Nombre : ……………. Temps de travail : ……………………

🞏 Création de poste(s) Nombre : ……………. Temps de travail : ……………………

🞏 Instauration de temps partiel ? ………………………………………………………………………………………………………….

🞏 Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Consultation du personnel : 🞏 oui 🞏 non**

**Date de consultation : ……………………………**

- Eléments d’information supplémentaires :

………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fait à …………………………………… le …………………………

## Signature de l’autorité territoriale