

Saisine C.A.P. de catégorie

Nom et adresse de la collectivité :

Nom et adresse mail de la personne gestionnaire :

NON TITULARISATION SUITE AU RENOUVELLEMENT DU CDD POUR UN TRAVAILLEUR HANDICAPE

NOM, Prénom : _____

Grade : _____

Motif : _____

Pièces à joindre :

- ✓ Rapport circonstancié de l'autorité territoriale, du D.G.S. ou des chefs de service justifiant que l'agent n'est pas apte à exercer ses fonctions
- ✓ Tout élément complémentaire pouvant éclairer l'étude du dossier

A, le

L'autorité territoriale,