

Saisine C.A.P. de catégorie

Nom et adresse de la collectivité :

Nom et adresse mail de la personne gestionnaire :

RENOUVELLEMENT DU CDD POUR UN TRAVAILLEUR HANDICAPÉ

NOM, Prénom : _____

Grade : _____

Motif : _____

Pièces à joindre :

- ✓ **Rapport circonstancié de l'autorité territoriale, du D.G.S. ou des chefs de services expliquant que :**
 - l'agent, sans s'être révélé inapte à exercer ses fonctions, n'a pas fait la preuve de capacités professionnelles suffisantes
 - l'aptitude de l'agent ne permet pas d'envisager qu'il puisse faire preuve de capacités professionnelles suffisantes dans le cadre d'emplois dans lequel il a vocation à être titularisé et qu'il y a lieu de prononcer le renouvellement de contrat dans un cadre d'emplois de niveau hiérarchique inférieur
- ✓ **Tout élément complémentaire pouvant éclairer l'étude du dossier**

A, le

L'autorité territoriale,