

Nom et adresse de la collectivité :

Nom et adresse mail de la personne gestionnaire :

NON 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 service justifiant que l'agent n'a pas fait la preuve de capacités professionnelles suffisantes
- ✓ Tout élément complémentaire pouvant éclairer l'étude du dossier

A, le

L'autorité territoriale,