Collectivité/Etablissement …………………………………………………………………………

Adresse complète  …………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

CP – VILLE …………………………………………………………………………

COMITE SOCIAL TERRITORIAL

SUPPRESSION D’UN EMPLOI PERMANENT

MODIFICATION DU NOMBRE D’HEURES DE SERVICE

**Consultez** [**la fiche récapitulative**](https://www.cdg72.fr/file_manager_download.php?id=3552) **sur les modifications du temps de travail nécessitant la saisine du CST**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **EMPLOI SUPPRIMÉ** | **EMPLOI EVENTUELLEMENT CRÉÉ** |
| **Intitulé de l’emploi**  (*exemple : assistant administratif*) |  |  |
| **Grade(s) d’ouverture**  **de cet emploi**  (*exemple : adjoint administratif*) |  |  |
| **Temps de travail** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Statut de l’agent occupant cet emploi**  **(contractuel ou titulaire)** |  |
| **Accord ou refus de l’agent occupant l’emploi** |  | **Joindre l’accord ou le refus de l’agent à cette demande d’avis** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date d’effet de la suppression** |  | **L’avis du CST doit être antérieur à la date d’effet de la suppression** |

**Explications détaillées du contexte de la suppression de l’emploi et de l’éventuelle création d’un emploi en découlant :**

(*Exemple : suppression totale de l’emploi pour disparition du besoin, modification horaire à la hausse ou à la baisse en raison de la modification du besoin, modification du grade d’ouverture de l’emploi en raison d’une modification des missions permettant l’avancement de grade de l’agent occupant l’emploi, etc.)*

Fait à ……………………………………le………………………… *Signature de l’autorité territoriale*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AVIS du COMITE SOCIAL TERRITORIAL en date du : .....................................................................** | | | | | |
| ***Collège des représentants du personnel*** | | | ***Collège des représentants des collectivités*** | | |
| Nombre de votants : | | | Nombre de votants : | | |
| Avis favorable(s) | Avis défavorable(s) | Abstention(s) | Avis favorable(s) | Avis défavorable(s) | Abstention(s) |
| En cas d’avis défavorable à l’unanimité de ce collège  *Une réunion du CST doit être programmée*  Date prévue :……………………………… | | |
|

Le Président du CST

Daniel COUDREUSE