

**SAISINE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

**REFUS DE REALISATION D’UN SERVICE A TEMPS PARTIEL**

**Références juridiques :**

Article 37-1-III.2° du décret du 17 avril 1989

**Collectivité :** ……………………………………………………………………………………….

Courriel : ……………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………

**Situation administrative de l’agent :**

Nom et Prénom : ……………………………………

Catégorie : ………… Grade : ……………………………… Echelon : …………………………..

Fonctions exercées : ………………………………………………………………………………...

Coordonnées téléphoniques + mail : ……………………………………………………………….

##### PIÈCES A JOINDRE :

**❑ Courrier de l’autorité territoriale expliquant les raisons pour lesquelles elle souhaite opposer un refus à la demande de temps partiel de l’agent,**

**❑ Courrier de saisine de l’agent.**

##### NOM - DATE ET SIGNATURE DE L’AGENT

*Rappel : les dossiers de saisine de la CAP doivent* ***parvenir*** *au CDG 2 semaines avant la séance. Ils peuvent être envoyés par mail :* *romain.bouat@cdg-12.fr*

 *CDG12 - Maj 19/01/2023*