SAISINE DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL DEPARTEMENTAL

**TRANSFERT DE PERSONNEL**

***(Intercommunalité, dissolution/Mutualisation***

***/Création de collectivité ou***

***Ets public, reprise d’une activité privée…)***

**Textes de référence :**

* Code général de la Fonction publique,
* Code général des Collectivités locales.

**INFORMATIONS SUR LES STRUCTURES D’ORIGINE & D’ACCUEIL**

Collectivité ou établissement d’origine/employeur : …………………………….…………………………………………………………..……….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Collectivité ou établissement d’accueil (dénomination et adresse) : ………………………………………………………………………..

 …………………….……………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………..

**Pièces administratives à joindre** :

- 1 fiche « Transfert de personnel » par agent concerné,

- Rapport de l’autorité territoriale motivant le transfert,

- Copie délibération ou projet de délibération de transfert,

- Copie arrêté préfectoral.

Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier :

Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier :

Fait à ………………………………………………, le …………………………….

 Signature de l’autorité territoriale :

Cachet + Signature

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

*CDG12 - Maj 01/12/22*

***1 FICHE A COMPLETER PAR AGENT***

**TRANSFERT DE PERSONNEL**

***(Intercommunalité, dissolution/création de collectivité ou Ets public, reprise d’une activité privée…)***

**Pièces administratives à joindre** :

- Courrier d’acceptation ou d’observation de l’agent,

- Fiche de poste (avant et après le transfert).

|  |
| --- |
| **SITUATION ACTUELLE DE L’AGENT****NOM - Prénom : ………………………………………………………………………………………………****Situation : titulaire - contractuel de droit public / salarié du secteur privé** *(barrer mention inutile)* |
| Catégorie (A, B ou C) / Grade / Echelon (IB-IM) OU catégorie socio-professionnelle : |  |
| Temps de travail : |  |
| Rémunération mensuelle brute (€) : |  |
| NBI - Primes *(détailler)* : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FONCTIONS EXERCEES AVANT LE TRANSFERT** | **FONCTIONS EXERCEES APRES LE TRANSFERT** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **INCIDENCES DU TRANSFERT** |
| * Incidence sur les responsabilités exercées, à préciser

(ex : perte de responsabilité dans le service d’accueil…) :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Incidence sur l’organisation du temps de travail, à préciser

(ex : maintien ou non des astreintes, cycle de travail, RTT…) :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Incidence financière, à préciser

(ex : maintien ou non du régime indemnitaire, des avantages acquis, perte de la NBI…) :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* Incidence géographique (modification du lieu d’exercice des fonctions, changement de résidence administrative), à préciser :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |