



# Comité Social Territorial

Fiche de renseignements à retourner complétée au Centre de Gestion pour saisine du CST,  
au plus tard 2 semaines avant la date de la séance.

## DEMANDE D'AVIS SUR: Mise en place des astreintes

➤ NOM DE LA COLLECTIVITÉ : .....

Coordonnées de la personne en charge du dossier

Nom : .....

Téléphone/ Mail : .....

➤ EMPLOI(S) CONCERNÉ(S) PAR LA MISE EN PLACE D'ASTREINTES :

Service.....

Filière : .....

Grade : .....

Fonctions détaillées : .....

➤ MOTIVATIONS DE LA MODIFICATION :

(Merci de les détailler le plus précisément possible)

.....  
.....  
.....  
.....

➤ MODALITÉS DETAILLÉES DU RECOURS AUX ASTREINTES : (motifs et cas de mise en place, périodes, durée, délais d'avertissement de l'agent compensation ou rémunération ...)

.....  
.....

ACCORD DE L'AGENT :

L'agent est-il d'accord pour cette mise en œuvre

➤ OUI

NON

Joindre impérativement le courrier du ou des agents où sont mentionnées les mesures envisagées, et leur acceptation ou non-acceptation

➤ DATE D'EFFET ENVISAGÉE POUR CETTE MODIFICATION :

Attention : obligatoirement postérieure à la délibération modifiant le poste après l'avis du C.S.T.

à compter du : ...../...../.....

Fait à....., le.....

Le Maire\* ou le Président\*      \* rayer la mention inutile

Nom et prénom :.....

Cachet et signature

## AVIS DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL

*Cadre réservé au Centre de gestion*

DATE DE LA SÉANCE :

Collège des employeurs	Collège des représentants du personnel
<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE	<input type="checkbox"/> AVIS DÉFAVORABLE

Signature du Président du C.S.T