



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 DÉTAILLÉES 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	<input type="checkbox"/> AVIS FAVORABLE	<input type="checkbox"/> AVIS DÉFAVORABLE
<hr/>		<hr/>	
<hr/>		<hr/>	
<hr/>		<hr/>	

Signature du Président du C.S.T