



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 :

SUPPRESSION D'UN EMPLOI

Références :

- Article L.542-2 du Code général de la fonction publique
- Décret n°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet, article 18

➤ NOM DE LA COLLECTIVITE :

Coordonnées de la personne en charge du dossier

Nom et prénom :

Téléphone/ Mail :

➤ EMPLOI(S) CONCERNES(S) PAR LA SUPPRESSION D'EMPLOI(S) :

Service :

Grade :

Fonctions détaillées :

.....

.....

.....

➤ MOTIFS DE LA SUPPRESSION :

(Merci de les détailler le plus précisément possible)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ DATE D'EFFET ENVISAGEE POUR CETTE SUPPRESSION :

Attention : **obligatoirement** postérieure à la délibération supprimant 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 SEANCE :

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

Signature du Président du C.S.T