



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 œuvre du Compte Épargne Temps

➤ NOM DE LA COLLECTIVITÉ :

Coordonnées de la personne en charge du dossier

Nom :

Téléphone/ Mail :

➤ MOTIFS DE LA SAISINE

(Merci de les détailler le plus précisément possible et de joindre tous les éléments que vous jugerez utiles)

.....

.....

.....

.....

➤ DATE D'EFFET ENVISAGÉE:

Attention : **obligatoirement** postérieure à la délibération modifiant le poste après l'avis du C.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 employés		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/>	

Signature du Président du C.S.T