



SAISINE DU COMITE TECHNIQUE

Objet : SUPPRESSION D'EMPLOI

Date :
08/2016

COMITE TECHNIQUE : FICHE DE SAISINE SUPPRESSION OU MODIFICATION DE POSTE

Les principes

Conformément à l'article 34 de la loi du 26 janvier 1984, les emplois de chaque collectivité ou établissement sont créés par l'organe délibérant de la collectivité ou de l'établissement. Il lui appartient donc de fixer l'effectif des emplois à temps complet et non complet.

En cas de suppression d'emploi ou de modification du nombre d'heures de travail (augmentation ou diminution) l'avis du CT est requis.

| |
|----------------------|
| Collectivité : |
| Adresse : |
| |
| |
| |

A retenir

La modification du nombre d'heures de service hebdomadaire d'un poste à temps non complet n'est pas assimilée à une suppression de poste lorsque la modification n'excède pas 10% du nombre d'heures et lorsqu'elle n'a pas pour effet de faire perdre le bénéfice de l'affiliation à la CNRACL.

Dans cette hypothèse, l'avis du CT départemental n'est pas requis

Procédure :

Compléter la fiche-procédure puis, après avis du CT départemental, délibération

Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier :

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

Motif de saisine :

- Suppression de poste **accompagnée** d'une création de poste (>> compléter le cas n°1)
- Suppression de poste **sans** création de poste (>> compléter le cas n°2)

✓ **Cas n°1 : suppression de poste accompagnée d'une création de poste**

- Précisez le motif de modification du poste :

(ex : *avancement de grade, promotion interne, augmentation ou diminution de temps de travail, etc.*)

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

Emploi concerné :

| Emploi supprimé | Nbre d'heures hebdo. | Emploi créé | Nbre d'heures hebdo |
|-----------------|----------------------|-------------|---------------------|
| Grade : | | Grade : | |
| Fonction : | | Fonction : | |

- Eléments que vous souhaiteriez porter à la connaissance des membres du comité technique :
(ex : si la modification de poste fait suite à un départ en retraite ou une réorganisation de service)

.....

- **Uniquement dans le cas d'une diminution de temps de travail, précisez si :**

Cette modification concerne le même agent ? **OUI / NON**

Si OUI, âge de l'agent : Nom et coordonnées de l'agent concerné :

.....

- ✓ **Cas n°2 : Suppression de poste sans création de poste**

Emploi concerné :

Grade : **Nombre d'heures hebdo :**

Fonction :

L'emploi supprimé est-il actuellement occupé ?

- Oui, (>> indiquer les noms et coordonnées de l'agent concerné)

.....

- Non, le poste est vacant

- Précisez les motifs de suppression du poste :
(ex : heures reportées sur un ou plusieurs autre(s) poste(s), réorganisation du service, etc.)

.....

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

Date :

Signature de l'autorité territoriale :

CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION

| | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------|
| <u>Date du Comité Technique :</u> | <u>Avis du collège des employeurs :</u> <u>Avis du collège des représentants du personnel</u> | <u>Observations :</u> |
|-----------------------------------|--|-----------------------|

**Le Président du CDG 15
Roland BRAY**

Décision définitive prise par la collectivité :