|  |  |
| --- | --- |
| Mail | **SAISINE DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL** |
| **Objet :** SUPPRESSION D’EMPLOI  | **Date :**01/2023 |

**COMITE SOCIAL TERRITORIAL : DOSSIER DE SAISINE**

**SUPPRESSION OU MODIFICATION DE POSTE**

Collectivité : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom de la personne en charge du dossier :…………………….…………

……………………………………………………………………………………Tel :………………………………………………………………………………Courriel : ………………………………………………………………….…..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Principe :** Conformément à l’article 313-1 du Code général de la Fonction Publique, 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 CST est requis.

**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 CST départemental n’est pas requis

**Procédure :**

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

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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 :Fonction : |  | Grade :Fonction : |  |

Eléments que vous souhaiteriez porter à la connaissance des membres du comité social territorial :

*(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.)*
.......................................................................................................................................................
.......................................................................................................................................................

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

Fait à : …………………………………………………………………. Le : …………………………………………………………………… Nom, prénom, qualité du signataire :

 Signature

# CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date du Comité Social Territorial : | Avis du collège des employeurs :Avis du collège des représentants du personnel | Observations : |

 **Le Président du CDG 15**

 **Louis CHAMBON**

**Décision définitive prise par la collectivité :**

***Conformément à la règlementation, la collectivité ou établissement doit informer le CST des suites données à son avis. Le cas échéant, merci de bien vouloir transmettre l’acte administratif correspondant (délibération arrêté, etc.).***