|  |  |
| --- | --- |
| Mail | **SAISINE DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL** |
| **Objet :** RIFSEEP | **Date :**01/2023 |

**DEMANDE D’AVIS AU COMITE SOCIAL TERRITORIAL SUR LES GRANDES ORIENTATIONS EN MATIERE DE POLITIQUE INDEMNITAIRE ET DE CRITERES DE REPARTITION DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE OU DE LA REVISION DU RIFSEEP**

|  |
| --- |
| **NOM DE LA COLLECTIVITE OU ETABLISSEMENT**: …………………………………………………...…………….Effectif total : …………….. dont titulaires ….……….. et non titulaires : …………… Nombre d’habitants :…………...……. |
| **Personne chargée du dossier** (nom et fonction) :………………………………………………………………...…………….Téléphone :……………………….. Télécopie :……………………………… Courriel :…………………………………………. |
| Conformément à l’article L253-5 du Code Général de la Fonction Publique, je sollicite l’avis du Comité Social Territorial placé auprès du Centre de gestion du Cantal sur les grandes orientations en matière de politique indemnitaire et de critères de répartition.🞏 Demande initiale  🞏 Modification : **merci de bien vouloir mettre en évidence les modifications apportées**  |
|  **□ MISE EN PLACE DU RIFSEEP □ REVISION DU RIFSEEP** |
| 1. ***Les bénéficiaires***
* ***Catégories d’agents concernés*** *(Sélectionner les catégories d’agents concernés et ajouter d’éventuelles conditions, notamment d’ancienneté. Exemple : Agents titulaires, stagiaires et non titulaires de droit public) :*
* ***Cadres d’emplois concernés :***
1. ***Mise en place de l’indemnité de fonctions, de sujétions et d’expertise (IFSE)***
* ***Répartition des postes*** *(Indiquer les critères retenus et répartir les postes par groupes de fonctions en précisant le montant annuel maximal pour chaque groupe. Pour un exemple, se référer au projet de délibération) :*
* ***Prise en compte de l’expérience professionnelle*** *(Indiquer les critères retenus et les conditions du réexamen de l’IFSE au regard de l’expérience professionnelle) :*
* ***Périodicité du versement*** *(Sélectionner la périodicité. Exemple : mensuellement, annuellement, semestriellement, trimestriellement) :*
* **Modalités de versement** *(Indiquer si le montant de l’IFSE est proratisé en fonction du temps de travail) :*
* ***Les absences*** *(Indiquer les conditions de versement ou de suspension de l’IFSE en cas de maladie) :*
1. ***Le complément indemnitaire annuel (CIA)***
* ***Critères de versement*** *(Indiquer les critères retenus et répartir les postes par groupes de fonctions en précisant le montant annuel maximal pour chaque groupe. Pour un exemple, se référer au projet de délibération) :*
* ***Périodicité du versement*** *(Sélectionner la périodicité. Exemple : mensuellement, annuellement, semestriellement, trimestriellement) :*
* ***Modalités de versement*** *(Indiquer si le montant du CIA est proratisé en fonction du temps de travail) :*
* ***Les absences*** *(Indiquer les conditions de versement ou de suspension du CIA en cas de maladie) :*
1. *Afficher l'image d'origine****Maintien à titre individuel***

*Le maintien à titre individuel du montant des primes perçues par l’agent avant l’instauration du RIFSEEP est facultatif** Indiquer les modalités du maintien s’il est mis en place :
1. ***Date d’entrée en vigueur dans la collectivité :***
 |
| Fait à………………………………………………….…le…………..……….……. | Nom, prénom, signature de l’autorité territoriale + cachet de la collectivité ou de l’établissement |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.).

**NB : Joindre tout document utile à la compréhension du projet d’instauration ou de modification de la politique indemnitaire de la collectivité ou de l’établissement.**