

Centre De Gestion du Jura – 3 rue Victor Bérard– 39300 CHAMPAGNOLE cedex

Tél : 03-84-53-06-39

**FORMULAIRE DE SAISINE DU COMITE TECHNIQUE**

**Objet : SUPPRESSION DE POSTE**

**Textes de référence : Article L.542-2 du code général de la fontion publique,**

**Décret n°85-603 du 10 juin 1985,**

**Articles 18 et 30 du décret 91-298 du 20 mars 1991 (temps non complet)**

**Principe :**

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.**

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 n’est pas requis.

**Les formulaires de saisine du C.T. ne doivent pas être nominatifs**

**COLLECTIVITE** : ……………………………………………………………..

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

🕿 ……………………………………. …………………….@............................

Nombre d’habitants :……………………

Nombre d’agents titulaires :…… Stagiaires :….. Non titulaires : …….

**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 technique :

(*ex : si la modification de poste fait suite à un départ en retraite ou une réorganisation de service)*

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

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

**Emploi concerné :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Emploi supprimé** | **Nbre d’heures hebdo.** |
| **Grade :**  **Fonction :** |  |

L’emploi supprimé est-il actuellement occupé ?

🞎 Oui,

🞎 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.)*

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

N.B. **: les déclarations de vacance d’emploi se font directement en ligne à partir de notre site Internet sur www.cdgjura.fr, après adoption par l’assemblée délibérante de la délibération modifiant le tableau des** **emplois permanents de la collectivité** (uniquement pour une suppression suivie d’une création de poste)

Concertation préalable avec le personnel sur la modification envisagée :

🞏 Accord Date : ………………………………………

🞏 Désaccord Date : ………………………………………

- Eléments d’information supplémentaires :

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

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

Fait à le

Signature de l’autorité territoriale

**NB : Pièces à fournir au CDG39 :**

* **formulaire de saisine**
* **lettre d’accord de l’agent en cas de diminution du temps de travail supérieure à 10%**

|  |  |
| --- | --- |
| **CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION** | |
| **Date de la séance du Comité Technique : / / CT N°:** | |
| **Avis favorable à l’unanimité** ❒ | **Avis défavorable à l’unanimité** ❒ |
| **Avis favorable** ❒ | **Avis défavorable** ❒ |
| **Avis favorable sous réserve** ❒ | **Avis défavorable sous réserve** ❒ |
| Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |