COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie ☐A ☐B ☐C ☐D

FORMULAIRE SAISINE AGENT

****

Collectivité / Établissement : ……

AGENT :

Nom de naissance :			Nom d'usage :	
Prénom(s) :				
Date de nomination ou intégration :		__ __ / __ __ / __ __ __ __	Date de titularisation :	__ __ / __ __ / __ __ __ __
Spécialité :	☐ Administrative	☐ Technique	☐ Sécurité civile	☐ Sécurité publique
Grade :				
Fonction :				
Temps de travail :	☐ Temps complet		☐ Temps non complet (*préciser*) : ……h / semaine	
Tel :				
Courriel :				

Date et signature de l'agent :

Joindre au présent formulaire :
- tout document justifiant la saisine

MOTIF DE LA SAISINE : ……

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

TEXTES DE RÉFÉRENCE (lois, décrets, arrêtés, jurisprudence…) :

……
……
……
……
……
……

AVIS de la CAP du ……

☐ **Avis favorable à l'unanimité**
☐ **Avis favorable** : votes pour …… Votes contre …… Abstentions ……
☐ **Avis défavorable** : votes pour …… Votes contre …… Abstentions ……

Observation : ……
……..

Le Président de la CAP