



COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie A B C D

DISPONIBILITÉ

(renouvellement à faire 3 mois au moins avant l'expiration de la disponibilité)

Collectivité / Établissement :

SAISINE :

- Disponibilité pour convenances personnelles
(ne peut excéder trois (3) années; Elle est renouvelable, mais la durée de la disponibilité ne peut excéder au total dix (10) années pour l'ensemble de la carrière)
 - Demande initiale
 - Renouvellement
- Disponibilité pour effectuer des études ou recherches présentant un intérêt général
(ne peut excéder trois (3) années, mais est renouvelable une (1) fois pour une durée égale)
 - Demande initiale
 - Renouvellement
- Disponibilité pour créer et reprendre une entreprise
(agent ayant accompli trois (3) années de services effectifs dans la FPC; ne peut excéder deux (2) années)
 - Demande initiale
 - Renouvellement

Date et avis de la commission de déontologie :

Date et durée de la demande : Date de début : ___ / ___ / ___ Date de fin : ___ / ___ / ___ Durée :

RAPPEL Disponibilité de droit non soumise à l'avis de la CAP, voir la liste ci-dessous :

- Pour donner des soins au conjoint, à un enfant ou à un ascendant à la suite d'un accident ou d'une maladie grave *(peut être renouvelée 2 fois)*
- Pour élever un enfant âgé de moins de 8 ans ou pour donner des soins à un enfant à charge, au conjoint, ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ;
- Pour suivre son conjoint lorsque celui-ci est astreint à établir sa résidence habituelle, à la raison de sa profession, en un lieu éloigné du lieu d'exercice des fonctions du fonctionnaire.

AGENT :

Nom de naissance :				Nom d'usage :	
Prénom(s) :					
Date de nomination ou intégration :	___ / ___ / ___	Date de titularisation :	___ / ___ / ___		
Spécialité :	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Sécurité civile	<input type="checkbox"/> Sécurité publique	
Grade :					
Fonction :					
Temps de travail :	<input type="checkbox"/> Temps complet		<input type="checkbox"/> Temps non complet (<i>préciser</i>) :h / semaine		

Disponibilité antérieure :				
Date de début	Date de fin	Durée	Fonction	Administration d'accueil
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___			
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___			
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___			

Date et signature de l'agent :

Joindre au présent formulaire :

- courrier de l'agent sollicitant sa demande ;
- courrier de l'administration d'origine.

Personne référente en charge du dossier	
Nom Prénom :	
Téléphone	Courriel :

AVIS DE LA COLLECTIVITÉ ou DE L'ÉTABLISSEMENT :

Favorable Défavorable

Observation :

Date et signature de l'autorité de nomination :

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