



COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie A B C D

DEMANDE de MISE à DISPOSITION

(Elle est renouvelable par période n'excédant pas 3 années)

Collectivité / Établissement :

Organisme d'accueil :

Collectivité / Etablissement d'accueil :

Fonction proposé :

Temps de travail : Temps complet Temps non complet (préciser) :h / semaine

Demande initiale

Renouvellement

Date de prise de fonction : ___ / ___ / _____

Date de fin : ___ / ___ / _____

Durée :

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 (préciser) :h / semaine		
Demande de mise à disposition 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 acceptant la mise à disposition ;
- courrier de l'administration d'accueil ;
- courrier de l'administration d'origine ;
- arrêté ou la convention de mise à disposition

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