



COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie A B C D

RÉDUCTION D'ANCIENNETÉ

Collectivité / Établissement :

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		
Fonction :					
Temps de travail :	<input type="checkbox"/> Temps complet	<input type="checkbox"/> Temps non complet (<i>préciser</i>) :h / semaine			
Situation actuelle		Situation future		Temps de réduction	
Date : ___/___/_____		Date : ___/___/_____		
Échelon :		Échelon :			

Date et signature de l'agent :

Rappel :

Il ne peut être attribué chaque année au même agent plus de trois mois de réduction d'ancienneté jusqu'au 6^{ème} échelon inclus et plus de six mois de réduction d'ancienneté par an au-delà. Un même agent ne peut se voir attribuer trois années de suite le nombre maximal de mois de réduction d'ancienneté prévu pour son échelon. (1116 DIAPC Art. 13 ; 1117 DIPAC Art.13, 1118 DIPAC Art.12, 1119 DIPAC Art. 10)

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

MOTIVATION DE LA COLLECTIVITÉ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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