

MODÈLE DE SAISINE DU CST

CHANGEMENT DE

DURÉE HEBDOMADAIRE

|  |
| --- |
| **Collectivité** |
| NOM : |
| ADRESSE : |
| TÉLÉPHONE : |
| COURRIEL : |

|  |
| --- |
| **Opération envisagée** |
| [ ]  augmentation du temps de travail | [ ]  diminution du temps de travail |

|  |
| --- |
| **Informations sur le poste** |
| NATURE DU POSTE (GRADE) : |
| Durée hebdomadaire actuelle :……….35H  | Durée hebdomadaire proposée :……….35H |
| NOM DE L’AGENT :  |  |

* ***Le seuil d’affiliation à la CNRACL est fixé à 28 H.***

|  |
| --- |
| **Date d’effet**(doit être postérieure à l’avis du CST et à la délibération qui interviendra après cet avis) |
| ………………/……………………../……………………… |

|  |
| --- |
| **Motifs de la modification** |
|  |

|  |
| --- |
| **Accord de l’agent** |
| [ ]  ouisignature de l’agent précédée de la mention « bon pour accord » | [ ]  non |
| * **PIÈCE À JOINDRE** **OBLIGATOIREMENT** : **le courrier de l’agent**
 |

À……………………………………….., le………………………………………..

Signature de l’autorité territoriale