

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** | |
| oui  signature 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