

MODÈLE DE SAISINE DU CST

SUPPRESSION D’EMPLOI

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

|  |
| --- |
| **Informations sur le poste** |
| NATURE DU POSTE (GRADE) : |
| DURÉE HEBDOMADAIRE : |

|  |
| --- |
| **Date d’effet**  (doit être postérieure à l’avis des membres du Comité Technique) |
| ………………/……………………../……………………… |

|  |
| --- |
| **Motif de la suppression** |
| départ à la retraite  mutation  poste vacant/non pourvu  démission de l’agent  autre (à préciser)       * **La suppression liée aux avancements de grade :**   ***La suppression d’emploi*** *est une décision prise uniquement après avis du Comité Social Territorial* ***(*** [***En application des dispositions du L.542-3 du code général de la fonction publique)***](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000038922245/)***.***  ***Cependant****, « dans le cas où la suppression d’un emploi est la simple conséquence de la création d’un emploi d’****avancement*** *destiné à un même fonctionnaire,* ***il peut être admis de ne pas consulter les membres du Comité Social Territorial***»  *(Lettre de la Direction Générale des Collectivités Locales n°1 de juillet 1997****).*** |

|  |
| --- |
| **Volonté de créer un autre poste pour pallier à cette suppression** |
| 🞏 OUI 🞏 NON  **À préciser (grade, fonctions)**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

* **PIÈCES À JOINDRE** **OBLIGATOIREMENT** :
* **Tableau des effectifs**
* **Tout élément pouvant éclairer les membres du Comité Technique**

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

Signature de l’autorité territoriale