|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la collectivité ou de l’établissement public |  |
| Adresse de la collectivité ou de l’établissement public |  |
| Nom et coordonnées (téléphone et mail) de la personne en charge du dossier |  |
| Motif de la saisine :  (Sauf formulaire spécifique comme RIFSEEP, suppression poste, LDG, apprentissage …) | Organisation des services  Organisation du temps de travail  Compte Epargne Temps  Temps partiel  Astreintes et permanences  Heures supplémentaires  Règlement intérieur  Télétravail  Ratios promus/promouvables  Protection Sociale Complémentaire  Critères d’évaluations  Compte Personnel de Formation  AUTRES à préciser : ……………………………………………………… |
| Document(s) joint(s)  *(Projet de délibération, règlement, organigramme, note explicative …)* |  |

A …………………., le …………………

**Merci de transmettre ce document complété et signé, au format pdf par mail à :**

[instances-paritaires@cdg86.fr](mailto:instances-paritaires@cdg86.fr)

Cachet et signature de l’Autorité Territoriale,