Collectivité : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse complète : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse mail : …………………………………………………………..Numéro de téléphone : ……………………………………….………

Suivi du dossier assuré par : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Référence

* **Article 33 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 : « les Comités Techniques sont consultés pour avis sur les questions relatives à l’organisation et au fonctionnement des services ; sur les évolutions des administrations ayant un impact sur les personnels**

Principe

**La collectivité doit saisir, préalablement à sa délibération, le Comité Technique lorsqu’elle procède à une organisation des services**

* **Date d’effet de la mesure envisagée** : ……………………………

**Le formulaire de saisine ne doit pas comporter l’identité des agents**

Nombre de fonctionnaires : Titulaires………………………………… Stagiaires…………………………………………………

Nombre de contractuels : CDI………………………………………….. CDD ………………...........................................

Contrats aidés………………………… Apprentis………………………….…………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pour les communes :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Evolution démographique** (4 derniers recensements) | | | | | Année 20… | Année 20… | Année 20… | Année 20… | |  |  |  |  |   Pour les CCAS-EPHAD :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Nombre de résidants** (3 dernières années) | | | | Année 20… | Année 20… | Année 20… | |  |  |  | |
| Si la réorganisation concerne les services périscolaires :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Ecoles** (3 dernières années scolaires) | **Année …/…** | **Année …/…** | **Année …/…** | | **Nombre de classes** |  |  |  | | Nombre d’élèves |  |  |  | | Nombre de rationnaires à la cantine |  |  |  | |

|  |
| --- |
| * Rapport circonstancié de l’autorité territoriale (préciser le projet, effectif concerné, changement de poste, augmentation/diminution de DHS, modifications plannings, modifications horaires de travail ……) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Impacts sur l’organisation des services** | | |
| * Création ou modification de l’organigramme | Oui | Non |
| * *Si oui transmettre l’organigramme existant et le futur* |  |  |
|  |  |  |
| * Modification de la DHS d’un ou plusieurs agents | Oui | Non |
| * *Préciser les changements dans le rapport circonstancié* |  |  |
|  |  |  |
| * Modification du nombre de jour ARTT | Oui | Non |
| * *Le préciser dans le rapport circonstancié* |  |  |
|  |  |  |
| * Modificationdes horaires de travail | Oui | Non |
| * *Transmettre les plannings (pause, coupure/pause méridienne)* |  |  |
|  |  |  |
| * Modification du tableau des effectifs * *Suppression/création de poste à préciser dans le rapport circonstancié* | Oui | Non |
|  |  |  |
| * Induit des changements de poste pour certains agents | Oui | Non |
| * *Transmettre les fiches de poste avant/après* |  |  |

|  |
| --- |
| * **Consultation du personnel (courrier, réunion, dates…)** |

* La rubrique ci-dessous doit être impérativement complétée par les agents concernés par la mesure

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Accord sur la mesure | Désaccord sur la mesure | Observations éventuelles des agents concernés par la mesure | Signature des agents |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Le Maire ou le Présidentcertifie exact les renseignements mentionnés dans ce dossier.

Fait à …………………………, le ……………………

Signature de l’autorité territoriale

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Service** | **Grade** | **Situation (1)** | **D.H.S (2)**  ***avant la mise en œuvre de la mesure***  ***(en h et mn)*** | **Emploi occupé avant la mesure** | **D.H.S (2)**  ***après la mise en œuvre de la mesure***  ***(en h et mn)*** | **Emploi occupé avec la mesure** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

* Tableau récapitulatif de la réorganisation à compléter **si nécessaire**:

**(1)** Stagiaire – titulaire – contractuel

Page 3

**(2)** A remplir uniquement si modification de la DHS

**(3)** la signature atteste pour l’agent avoir pris connaissance du dossier - A noter qu’ils peuvent adresser leurs observations éventuelles par courrier  
à l’attention de Monsieur le Président du C.T. – Eleusis 2 - BP 417 – 22194 Plérin Cedex jusque 15 jours avant la séance, délai de rigueur