PROPOSITION DE TITULARISATION

Collectivité ou Etablissement Public

N° Tél. : Mail :

Nom d’usage, Prénom : Nom de naissance :

Date de naissance : ……/……/………...

|  |  |
| --- | --- |
| **SITUATION ACTUELLE (Stage)** | **PENDANT LA PÉRIODE DE STAGE\*** |
| Grade : …………………………………………………………………Date de mise en stage : ….…/…..../….......Ou de détachement pour stage - Durée : 🞎 6 mois 🞎 1 anÉchelon actuel : ………………🞎Temps complet🞎Temps non complet-Durée hebdomadaire : .../35ème  | L’agent a-t-il été en arrêt maladie (y compris accident de service ou maladie professionnelle) :🞎 non 🞎 oui : préciser les dates : …………………………………………..L’agent a-t-il été en congé maternité, pathologique, paternité, ou adoption :🞎 non 🞎 oui : préciser les dates : ;………………………………………..L’agent a-t-il été en congé de présence parentale :🞎 non 🞎 oui : préciser les dates : ……………………………………………..L’agent a-t-il bénéficié d’un congé sans traitement (ex : congé parental, congé pour convenances personnelles…) : 🞎 non 🞎 oui : préciser le(s)quel(s) ainsi que les dates : ………………………………………………………………………………………………...L’agent a-t-il travaillé à temps partiel :🞎 non 🞎 oui : préciser la quotité et les dates : .………………..……………………………………………………………………………………………………….…\*Cocher les cases correspondantes |

**Rappels :**

1. **la reprise des services antérieurs doit avoir été effectuée dès la mise en stage**
2. **la titularisation est subordonnée au respect de l’obligation de suivi de la formation d’intégration (à l’exception des stagiaires nommés au titre de la promotion interne)**

 Fait à ……………………, le ………………….

 Cachet et signature de l’autorité territoriale

**Cadre réservé au Centre de Gestion**

**Date d’effet : ………./………./……….**

Fait à Isneauville,

Le

Visa du C.D.G.

Grade :

Échelon : …………………….. IB : ……………………..

🞎 Sans ancienneté

🞎 Ancienneté conservée : : ……….an(s) ……….. mois ………… jours

Observations :