****

Collectivité ou établissement :

Agent

Grade :

**Dossier de refus de titularisation**

**de l’agent stagiaire**

🞎 Catégorie A

🞎 Catégorie B

🞎 Catégorie C

* Tout dossier présenté devant la Commission Administrative Paritaire doit comporter :
* **L’imprimé** sur lequel sera apposé **l’avis** de la Commission Administrative Paritaire p. 3
* La **fiche de renseignements d’état civil**. p. 4
* La **fiche de renseignements sur la situation professionnelle** de l’agent. p. 5

accompagnée de la copie du **bilan de l’entretien professionnel de l’année de stage en cours**

* Le **rapport** daté et circonstancié du Maire (ou du Président) de la collectivité expliquant les motifs de la décision prise et comportant la date prévue de la **fin de stage** et la signature de l’employeur p. 6-7
* L’**attestation signée par l’agent** attestant avoir eu connaissance du présent dossier. p. 8

🞎 **A** 🞎 **B** 🞎 **C**

**PROPOSITION DE REFUS DE TITULARISATION**

CollectivitÉ ou Etablissement public *:*

**Agent :**

**Situation actuelle :**

* Grade et durée hebdomadaire :
* Date de mise en stage :

**Date d’effet du refus de titularisation envisagé :**

**AVIS DE LA C.A.P.**

 🞎 FAVORABLE - 🞎 DÉFAVORABLE

 Extrait du procès-verbal du ……./……./………

 *Observations* :

Le Président délégué de la

Commission Administrative Paritaire

 Fait à…………………………..

Le……………………………….

 L’autorité territoriale

**ÉTAT CIVIL DE L’AGENT**

NOM :

PRÉNOM :

 DATE DE NAISSANCE :

* SITUATION FAMILIALE :

 ENFANTS A CHARGE :

* ADRESSE :

* DIPLÔMES DÉTENUS PAR L’AGENT :

* FORMATIONS :

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

**DE L’AGENT**

|  |  |
| --- | --- |
| GRADE : |   |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. CONCOURS PROFESSIONNELS DONT L’AGENT EST TITULAIRE :
 |      |
| 1. DATE(S) D’OBTENTION :
 |    |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. DATE DE MISE EN STAGE :
 |  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. DATE(S) et DUREE(S) DES CONTRATS DANS LA COLLECTIVITE :
 |    |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ABSENCES POUR FAITS DE MALADIE AU COURS DU STAGE :

(Bien vouloir joindre les certificats médicaux d’arrêt de travail) |       |

**RAPPORT SOUMIS A L’AVIS DE LA C.A.P.**

**RELATIF A UN REFUS DE TITULARISATION**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | **COLLECTIVITÉ / ETABLISSEMENT PUBLIC** :   |
| B. | **AGENT** :* Nom – Prénom :
 |
|  | * Date de naissance :
* Date de recrutement stagiaire :
* Grade :
* Service d’affectation :
* Effectif du service :
* Effectif de la collectivité :
* Descriptif des fonctions exercées :

   |
| C. | **APPRÉCIATIONS SUR LA MANIÈRE DE SERVIR** :* CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES :

   * EXÉCUTION, INITIATIVE, RAPIDITÉ ET FINITION :

   * TRAVAIL EN COMMUN, RELATIONS AVEC LE PUBLIC :

    |

|  |  |
| --- | --- |
|  | RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :    |
| D. | **MOTIVATIONS DE LA DEMANDE** (1)                (1) *Un rapport complémentaire peut être annexé au présent document* |

Fait à

Le

Signature de l’autorité territoriale

Le Maire / Le Président

**JE, SOUSSIGNE(E),**

NOM :

PRÉNOM :

GRADE :

Stagiaire depuis le ........./........./........

**ATTESTE :**

🞎 avoir pris connaissance

Du dossier portant demande de refus de titularisation adressé par l’autorité territoriale pour avis de la Commission Administrative Paritaire de catégorie ………. située auprès du Centre de Gestion en date du ……./……../……..

🞎 reconnais avoir ÉtÉ informÉ (e) de la possibilitÉ

De consulter mon dossier administratif en mairie ou au siège de l’établissement public.

🞎 SOUHAITE ou 🞎 NE SOUHAITE PAS

*saisir par courrier* :

Monsieur le Président de la

Commission Administrative Paritaire A, B ou C

CENTRE DE GESTION

40, Allée de la Ronce

76230 ISNEAUVILLE

***pour lui faire connaître d’éventuelles observations,***

***SOUS COUVERT DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE***

et ce, **obligatoirement** avant la réunion de la Commission AdministrativeParitaire \*

 Fait à ............................................ Le .........................

 Signature de l’agent

\* TOUTE OBSERVATION PARVENUE APRÈS LA DATE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE NE SERA PAS PRISE EN COMPTE