**SUPRESSION DE POSTE ([[1]](#footnote-1))**

🞎 commune : Code Postal : ……………………………..

Nombre d’habitants :

🞎 Établissement public :

Adresse :

Nombre de collectivités adhérentes :

**GRADE OU EMPLOI CONCERNÉ** :

🞎 Effectif dans le cadre d’emplois : 🞎 Effectif dans le grade :

Date d’effet envisagée([[2]](#footnote-2)) : ………./………./……….

Motif ([[3]](#footnote-3)) :

**AGENT CONCERNÉ** : 🞎 Titulaire 🞎 Stagiaire 🞎 Contractuel

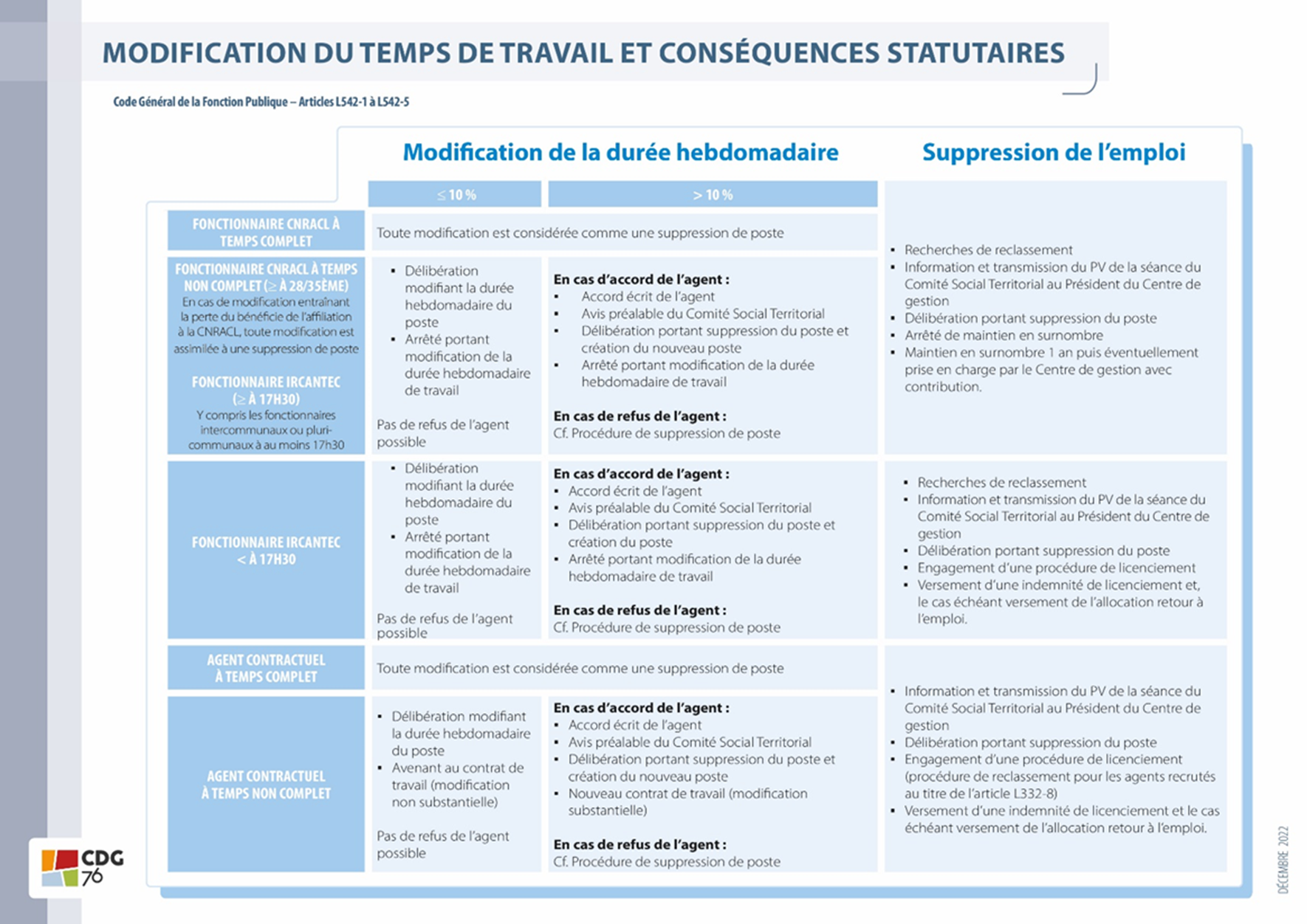
🞎 Temps complet 🞎 Temps non complet : Durée hebdomadaire : ………………

Fonctions exercées :

Reclassement proposé à l’agent ([[4]](#footnote-4))

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis du Comité Social Territorial** :  🞎 FAVORABLE 🞎 DÉFAVORABLE  (Cf. Extrait du Procès-Verbal)  Le Président délégué  Fait à Isneauville,  Le ………./………./………. | Fait à …………………………………………….  Le ………………………………………………….  L’AUTORITÉ TERRITORIALE |

Joindre à cet imprimé tout autre document de nature à éclairer les membres du Comité Social Territorial



1. Ne concerne pas : - Les "transformations" de poste (suppression et création simultanée) destinées à une promotion de grade des agents,

   -  Les suppressions de poste non pourvu à titre définitif (sans possibilité de réintégration après détachement, disponibilité, etc.) [↑](#footnote-ref-1)
2. 2 Obligatoirement **postérieure** à la notification de l’avis du Comité Technique Intercommunal. [↑](#footnote-ref-2)
3. Joindre le projet de délibération. [↑](#footnote-ref-3)
4. Joindre son accord ou ses observations. [↑](#footnote-ref-4)