



SERVICE D'ASSISTANCE AU REMPLACEMENT

Formulaire de demande d'intervention

Collectivité :

Personne à contacter :

Fonction :

Mail : Téléphone :



<p>Intitulé du poste :</p> <p>Période prévue de la mission : du au</p>

Détail de la mission de remplacement

Activités principales, description des tâches (*joindre obligatoirement la fiche de poste*) :

.....

.....

.....

.....

.....

Affectation (service / Direction) :

Temps de travail hebdomadaire :

Horaires indicatifs :

Lundi :		Jeudi :	
Mardi :		Vendredi :	
Mercredi :		Samedi :	

Lieu de travail (à préciser si différent de la commune) :

Autres spécificités :
.....
.....
.....

Motif de la mission (selon la loi n°2012-347 du 12 mars 2012) :

- Congé maladie Congé maternité Congé parental
 Congé annuel Congé formation

Nom de l'agent à remplacer :

- Accroissement d'activité/renfort temporaire Accroissement saisonnier

Conditions d'emploi de l'agent

Grade :

Echelon/Indice de rémunération (IB/IM) :

Régime indemnitaire attribué (conformément à la délibération de la collectivité) :
.....
.....

TARIFICATION A COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2017
Collectivité affiliée 500€/poste à pourvoir
Collectivité non affiliée 600€/poste à pourvoir

Date, signature et cachet de la collectivité

Formulaire à envoyer à l'adresse mail suivante : emploi@cdg84.fr

Pour tout renseignement, contacter le pôle Emploi/Concours

(Annie ORLHIAC ou les conseillers Emploi-Concours au 04 32 44 89 30).