***COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE***

**CATEGORIE** A  B  C

MISE A DISPOSITION

1ère demande  Renouvellement

Saisine à adresser à l’attention du service gestion des carrières avec

l’intégralité des pièces demandées

**Pièces à joindre à la saisine :**

* Copie de l’accord écrit de l’agent précisant la date d’effet, la quotité et la durée de la mise à disposition

Nom de la collectivité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom de l’agent concerné : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Collectivité d’accueil :

Date d'effet de la mise à disposition : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Quotité :

Pour une durée de :

Fonctions exercées :

|  |  |
| --- | --- |
| **AVIS DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE :**  **Observations :** | Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Cachet et signature de l’autorité territoriale : |