



SAISINE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE (CAP)

Renouvellement ou Non Titularisation Contrat Travailleur Handicapé

Ce formulaire est à compléter et à retourner avec les pièces de saisine dans un seul fichier au format PDF à vos gestionnaires RH : **GRH1** : grh1@cdg16.fr **GRH2** : grh2@cdg16.fr **GRH 3** : grh3@cdg16.fr

COLLECTIVITÉ

Nom :

Adresse :

Personne en charge du dossier :

Téléphone :

Mail :

DOSSIER DE SAISINE

Préciser le dossier soumis pour avis :

- Renouvellement du contrat d'un travailleur handicapé dans le même cadre d'emplois ou dans un cadre d'emplois de niveau inférieur
- Non titularisation du contrat d'un travailleur handicapé

AGENT CONCERNE :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Fonctions :

.....

.....

Cadre d'emplois:

.....
.....

Nombre d'heures hebdomadaires :/35h00

Date de nomination contractuel : / /

Niveau d'études ou de formation de l'agent :

.....
.....

Formations suivies par l'agent depuis sa nomination dans la collectivité (joindre les attestations de stage correspondantes) :

.....
.....

A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE RENOUVELLEMENT DE CONTRAT

Fonctions:

.....
.....

Cadre d'emplois:

.....
.....

Nombre d'heures hebdomadaires :/35h00

Date du nouveau contrat : / / au / /

Précisions complémentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

Pièces transmises :

.....
.....
.....
.....

RAPPORT – A REMPLIR UNIQUEMENT EN CAS DE NON TITULARISATION SUITE A UN CONTRAT DE TRAVAILLEUR HANDICAPE

ELEMENTS	APPRECIATIONS	FAITS CONSTITUANT L'INSUFFISANCE PROFESSIONNELLE (1)
Connaissances professionnelles, aptitudes générales, efficacité.		
Qualité d'exécution, rapidité, Finition.		
Ponctualité, assiduité.		
Insertion dans le service, Adaptation au poste de travail.		
Rapports avec la hiérarchie.		
Rapports avec les collègues ou les subordonnés.		
Relations avec le public.		

(1) Tout document peut être joint pour expliciter ces faits (courriers, rapports ...)

A, le

(Cachet de la collectivité/Prénom, nom, qualité et signature de l’Autorité Territoriale)



OBSERVATIONS DE L’AGENT (le cas échéant)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature de l’agent :

Les informations collectées sur ce formulaire sont destinées au Pôle Gestion des Ressources Humaines pour la saisine et l’information de la CAP. Elles sont conservées le temps de la période d’emploi de la personne. Conformément à la Loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD2016/679), vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d’informations sur vos droits. Vous pouvez exercer votre droit d’accès en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CDG16 : dpo@cdg16.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.