|  |  |
| --- | --- |
| Logo de la collectivité | **COMITE SOCIAL TERRITORIAL****ENTRETIEN PROFESSIONNEL****Critères et sous-critères** |

COLLECTIVITE / ETABLISSEMENT : ……………………………………………………………………………..

Adresse :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel :………………………………………………………………………………………………………………………………

Outils préalables et obligatoires à la mise en œuvre de l’entretien professionnel. Disposez-vous  :

* D’un organigramme 🗆 OUI 🗆 NON
* De fiches de poste 🗆 OUI 🗆 NON
* D’un plan de formation 🗆 OUI 🗆 NON

***(Ne pas transmettre ces documents)***

**Nombre d’agents** titulaires : stagiaires : contractuels :

**Choix des critères fixés pour apprécier la valeur professionnelle des agents :**

*Indiquez dans chacune des rubriques les sous critères propres à votre collectivité / établissement*

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Précisez en face de chaque sous-critères s’ils concernent tous les agents ou quel service, quel métier, quel niveau de fonction …*** |
| Les résultats professionnels et la réalisation des objectifs : |  |
| ---- |  |
|  |  |
| Les compétences professionnelles et techniques : |  |
| ---- |  |
| Les qualités relationnelles : |  |
| ---- |  |
| La capacité d’encadrement ou d’expertise : |  |
| ---- |  |

***Commentaires ou observations*** :……………………………………………….................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………

Le nom et prénom de l’autorité territoriale

 signature