

DEMANDE DES COLLECTIVITES

à retourner à remplacement@cdg14.fr

NOM DE LA COLLECTIVITE :

Adresse :

Personne à contacter :

Fonctions :

Tél :

E-mail :

MOTIF DU REMPLACEMENT :

- ☐ Congé Maladie
☐ Congé Maternité, paternité, adoption ou parental*
**(rayer la mention inutile)*
☐ En attente de recrutement
☐ Publicité de l'offre d'emploi : ☐ oui ☐ non
☐ N° déclaration de l'offre l'emploi :

- ☐ Besoin occasionnel
☐ Besoin saisonnier
☐ Formation
☐ Congés annuels
☐ Disponibilité (à préciser)
☐ Autres (à préciser)

Nom de l'agent à remplacer :

PERIODE DU REMPLACEMENT :

du :

au :

PROLONGATION (S)

du :

au :

MISSION :

DUREE DE SERVICE : /35^{ème}

Merci d'indiquer les jours de présence de l'agent de remplacement

	Lundi	Mardi	Jeudi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Après-midi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OUTIL INFORMATIQUE : logiciel(s) utilisé(s)

GRADE ET ECHELON DE L'AGENT DE REMPLACEMENT :

Fait à :

Cachet et signature de l'Autorité Territoriale

Le :

Le Centre de Gestion se réserve la possibilité de facturer un montant minimum de frais de gestion fixé à 50 € dès la présentation à la collectivité de candidatures potentielles (cf : Article 5 – Convention d'utilisation du service de remplacement et missions temporaires)