

DEMANDE DES COLLECTIVITES

à retourner à remplacement@cdg14.fr

NOM DE LA COLLECTIVITE :

Adresse :

Personne à contacter :

Fonctions :

Tél :

E-mail :

MOTIF DU REMPLACEMENT :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Congé Maladie | <input type="checkbox"/> Besoin occasionnel |
| <input type="checkbox"/> Congé Maternité, paternité, adoption ou parental*
*(rayer la mention inutile) | <input type="checkbox"/> Besoin saisonnier |
| <input type="checkbox"/> En attente de recrutement | <input type="checkbox"/> Formation |
| <input type="checkbox"/> Publicité de l'offre d'emploi : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> Congés annuels |
| <input type="checkbox"/> N° déclaration de l'offre l'emploi : | <input type="checkbox"/> Disponibilité (à préciser) |
| | <input type="checkbox"/> 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	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	<input type="checkbox"/>					
Après-midi	<input type="checkbox"/>					

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)