|  |  |
| --- | --- |
| 2017 - 001 | **DOSSIER DE REFUS DE TITULARISATION A L’ISSUE DU CDD****D’UN TRAVAILLEUR RECONNU HANDICAPE****Nom de la collectivité : ……………………………………………………** **Adresse : …………………………………………………………………….** |

Le dossier doit comporter :

* la présente fiche
* un rapport circonstancié du Maire ou du Président de la collectivité expliquant les motifs qui conduisent à proposer un refus de titularisation en fin de contrat.
* la fiche de poste de l’agent

# **A remplir par la collectivité**

Nom et prénom de l’agent : …………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : ……………………………………………………………………………............................

Diplômes détenus par l’agent : ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………......................................

Grade : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Durée hebdomadaire : / 35ème

Date de début du contrat : / /

Dates de formation d’intégration : ………………………………………………………………………………….

Motifs et dates des absences en cours de stage conduisant à un report de la date de prise de décision (exemple absence pour congé de maladie supérieure à 36 jours) :

…………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………....................................

…………………………………………………………………………………………………....................................

**A remplir par l’agent**

Je soussigné(e), nom et prénom de l’agent : ………………………………………………………………

Grade : …………………………………………………………………………………………………………………..

Contractuel depuis le : ………………………………………………………………………………………………….

- Atteste avoir pris connaissance du rapport portant refus de titularisation en fin de stage en date du ………… adressé par l’autorité territoriale pour avis de la Commission Administrative Paritaire (C.A.P.).

- Reconnais être informé(e) de la possibilité de consulter mon dossier administratif en mairie ou au siège de l’établissement public.

- Reconnais être informé(e) de la possibilité desaisir par courrier monsieur le Président de la C.A.P. au Centre de Gestion, 2 impasse Initialis CS 20052 14202 Hérouville Saint Clair cédex, pour lui faire connaître d’éventuelles observations, **sous couvert de l’autorité territoriale et ce** **obligatoirement au moins 11 jours avant la réunion de la C.A.P. afin de respecter les délais de transmission règlementaires**.

Fait à ……………….. le ……………

Signature de l’agent

☞ Toutes observations parvenues après le délai fixé ci-dessus ne seront pas prises en compte.