*CCP*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la collectivité ou de l’établissement :** | Destinataire :  **Monsieur le Président de la**  **Commission Consultative Paritaire**  Centre de Gestion de la  Fonction Publique Territoriale  10, Points de vue  CS40056  77564 LIEUSAINT CEDEX |
| **Adresse :** |
| **Personne à contacter :**  **Tél. :**  **Courriel :** |

|  |
| --- |
| **INFORMATION DE LA COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**  **DES MOTIFS EMPECHANT LE RECLASSEMENT**  **Réf. : Décret 88-145 du 15 février 1988 : : art. 13 et 39-5**  **Décret n°2016-1858 du 23 décembre 2016 : article 20**  **Recherche de reclassement suite à :**  inaptitude physique définitive  disparition du besoin ou la suppression de l'emploi  transformation du besoin ou de l'emploi  recrutement d'un fonctionnaire  refus d'une modification d'un élément substantiel du contrat |

CCP de Catégorie :

A  du …………………… (1)

B  du …………………… (1)

C  du …………………… (1)

(1) Cocher la case correspondante et mentionner la date de la CCP selon le calendrier des réunions CCP en vigueur.

**SITUATION ADMINISTRATIVE DE L’AGENT CONCERNE :**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Prénom : |
| Emploi : | |
| Nature des fonctions exercées : | |

**Fait à**

**Le**

Nom, prénom et signature

(l’autorité territoriale)

**PIECES A JOINDRE*:***

La collectivité doit porter à la connaissance de la CCP les motifs ayant empêchés le reclassement, par conséquent il conviendra pour la CCP de prendre connaissance des moyens mis en œuvre pour reclasser l’agent contractuel.

A ce titre, et selon le cas, la collectivité doit joindre à sa saisine pour information de la CCP les documents ci-dessous :

* Copie du contrat de travail de l’agent (et éventuellement des renouvellements de contrat)
* Fiche de poste de l’agent
* Organigramme
* Délibération relative à la suppression, transformation d’emplois
* Conclusions administratives du médecin agrée relatives à l’inaptitude définitive de l’agent
* Copie de la proposition de modification du contrat (en cas de modification d’un élément substantiel du contrat) et le cas échéant copie du refus de cette modification de l’agent
* Courrier de l’autorité territoriale invitant l’agent à présenter une demande de reclassement
* Copie de la demande de reclassement de l’agent (le cas échéant)
* Copie du refus de reclassement de l’agent (le cas échéant)
* Rapport et éléments de l’autorité relatifs à l’absence de poste vacant
* Autres documents relatifs aux motifs d’impossibilité de reclassement de l’agent

*Les données recueillies dans ce formulaire, par le CDG77, sont nécessaires aux fins de l’exécution des obligations et de l’exercice des droits de l’agent dans le cadre d’une mission d’intérêt public. Elles doivent être proportionnées à l’objectif poursuivi, respecter l’essence du droit à la protection des données et prévoir des mesures appropriées et spécifiques pour la sauvegarde des droits fondamentaux et des intérêts de la personne concernée.(art 6.1.e/5.1.b 13.1.c).*

*Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire jusqu’à la fin du traitement de votre dossier et pas la suite elles seront conservées conformément à la législation fixant  la  durée d'utilité administrative (DUA) applicables aux données recueillies (art 89.1).*

*Pendant la période du traitement de votre dossier, vos données seront sauvegardées sur nos serveurs et nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés(art 32 1.b.c.).*

*Les personnes ayant accès à vos données sont les membres du service de la commission administrative paritaire du CDG77 (art 13.1.e).*

*Pour toute question concernant la confidentialité, ou autre question destinée au Responsable de la confidentialité /Responsable de la protection des données au sein du CDG77, veuillez nous contacter (13.1.b) à l’adresse :* [*DPOCDG77@cdg77.fr*](mailto:DPOCDG77@cdg77.fr)