

DEMANDE DE CONTRAT

COLLECTIVITE BENEFICIAIRE

Contrat initial

Prolongation

Collectivité :

.....

Adresse :

.....

Affaire suivie par :

.....

Tel : Mail :

AGENT EN CHARGE DE LA MISSION (*)

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom(s) :

Date de naissance :

SFT : OUI / NON Nombre d'enfants :

Grade de rémunération : Echelle et échelon :

Indices

Régime Indemnitare : dénomination de la ou des prime(s) :

.....

Coefficient : Montant :

.....

Indemnités : insalubrité astreintes (joindre récapitulatif avec la feuille d'heures)

Congés :

Durant son remplacement l'agent

prendra ses congés

ne prendra pas ses congés (indemnité compensatrice égale à 1/10^{ème} de la rémunération, versée en fin de contrat sur présentation de l'attestation de congé)

(*) accompagner le présent document de la fiche d'identification de l'agent si celui-ci n'est pas connu de nos services ou s'il n'est pas venu depuis + d'un an où s'il y a eu un changement dans sa situation.

CARACTERISTIQUES DE LA MISSION

La mission **débutera** le(en cas de prolongation mettre le 1^{er} jour de la prolongation y compris si WE)
et **s'achèvera** le.....

Nombre d'heures hebdomadaire

Heures supplémentaires (au-delà de 35 h) : Payées Récupérées

Descriptif des tâches :.....
.....
.....
.....
.....

NATURE DU BESOIN

Remplacement d'un agent (autorisé uniquement sur les motifs suivants)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arrêt maladie | <input type="checkbox"/> Congés annuels |
| <input type="checkbox"/> Accident de travail | <input type="checkbox"/> Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Congé maternité ou paternité | <input type="checkbox"/> Congé parental |

Nom de la personne à remplacer :
.....

Accroissement temporaire (12 mois maximum)

Accroissement saisonnier (6 mois maximum)

Vacance temporaire d'emploi

Motif :

N° de déclaration :

A, le

Signature du responsable de la collectivité,