



SAISINE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE (CAP)

Licenciement pour Insuffisance Professionnelle ou Refus de Titularisation d'un Agent Stagiaire

Ce formulaire est à compléter et à retourner avec les pièces de saisine dans un seul fichier au format PDF à vos gestionnaires RH : **GRH1** : grh1@cdg16.fr **GRH2** : grh2@cdg16.fr **GRH 3** : grh3@cdg16.fr

COLLECTIVITÉ

Nom :

Adresse :

Personne en charge du dossier :

Téléphone :

Mail :

DOSSIER DE SAISINE

Préciser le dossier soumis pour avis :

☐ Licenciement pour insuffisance professionnelle en cours de stage

☐ Refus de titularisation d'un agent stagiaire

AGENT CONCERNE :

Nom : Prénom :

Date de naissance:/...../.....

Grade :

Fonctions:

Nombre d'heures hebdomadaires :/35h00

Date de nomination stagiaire :/...../.....

Services effectués dans la collectivité avant la nomination stagiaire :

.....

.....

.....

.....

Niveau d'études ou de formation de l'agent :

.....

.....

.....

.....

Formations suivies par l'agent depuis sa nomination dans la collectivité (joindre les attestations de stage correspondantes) :

.....

.....

.....

Durée totale des prolongations de stage :

- Pour Maladie, Accident du travail, temps partiel :
- Pour Maternité :

Le stage a-t-il déjà été prorogé pour insuffisance professionnelle ? Si oui, pour quelle durée ?

.....

.....

Précisions complémentaires :

.....

.....

.....

Pièces transmises :

.....

.....

.....

.....

ELEMENTS	APPRECIATIONS	FAITS CONSTITUANT L'INSUFFISANCE PROFESSIONNELLE (1)
Connaissances professionnelles, aptitudes générales, efficacité.		
Qualité d'exécution, rapidité, Finition.		
Ponctualité, assiduité.		
Insertion dans le service, Adaptation au poste de travail.		
Rapports avec la hiérarchie.		
Rapports avec les collègues ou les subordonnés.		
Relations avec le public.		

(1) Tout document peut être joint pour expliciter ces faits (courriers, rapports ...)

A, le

(Cachet de la collectivité/Prénom, nom, qualité et signature de l'Autorité Territoriale)

Observations de l'agent (le cas échéant)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de l'agent :

Les informations collectées sur ce formulaire sont destinées au Pôle Gestion des Ressources Humaines pour la saisine et l'information de la CAP. Elles sont conservées le temps de la période d'emploi de la personne. Conformément à la Loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et au Règlement Européen (RGPD2016/679), vous pouvez consulter le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Vous pouvez exercer votre droit d'accès en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CDG16 : dpo@cdg16.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.