**Rappel**

L’avis du comité social territorial doit être préalable à la délibération de votre conseil.

**Textes de référence**

* Articles L253-5 et L253-6 du Code général de la fonction publique
* Décret n°85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale

### VOTRE IDENTITE

**Nom de la collectivité** : **............**

Affaire suivie par : ............

Téléphone (ligne directe) : ............ Email : ............

### DETAILS DE LA REORGANISATION

|  |  |
| --- | --- |
| **Date d’effet** | ............ |
| **Service(s) concerné(s)** | ............ |
| **Objectifs de la réorganisation** | ............ |
| **Descriptif du projet** | ............ |

### IMPACTS EVENTUELS SUR LE PERSONNEL

|  |  |
| --- | --- |
| **Impacts éventuels** | **Poste(s) concerné(s)** |
|  **Perte de la NBI** | ............ |
|  **Changement d’affectation** | ............ |
|  **Versement de l’indemnité de mobilité en cas de changement de lieu de travail supérieur à 20 km aller/retour** | ............ |
|  **Augmentation du temps de travail** | ............ |
|  **Perte de responsabilités** | ............ |
|  **Modification des conditions de santé, de sécurité et des conditions de travail :** ............ | ............ |
|  **Autre :** ............ | ............ |

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

............

Fait à ............, le ............

(Cachet et signature) Le Maire / Le Président

# PIÈCES À JOINDRE À L’IMPRIMÉ DE SAISINE

* Organigramme anonymisé actuel
* Projet d’organigramme anonymisé suite à la réorganisation

*Merci de retourner votre imprimé et les pièces justificatives par mail à l’adresse**cdg50@cdg50.fr*