Identification de la collectivité

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

Affaire suivie par : ............

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

Email : ............

Le projet d’arrêté sera envoyé en format PDF à l’adresse Email renseignée ci-dessus.

SITUATION de l’agent CONCERNE

* **Nom :** ............ **Prénom :** ............
* Grade : ............
* Date de nomination stagiaire : ............
* Date prévue de titularisation : ............
* Temps de travail :  temps complet  temps non complet, préciser la durée hebdomadaire : ............
* Agent intercommunal :  OUI, préciser la ou les collectivité(s) : ............

  NON

* L’agent a-t-il bénéficié pendant sa période de stage :
* de prorogation de stage :  NON  OUI (joindre l’arrêté le cas échéant)
* de congés maladie :  NON  OUI préciser le nombre de jours : ............

(si plus de 18 jours fournir les arrêts maladie)

* de congé maternité :  NON  OUI (joindre l’arrêté le cas échéant)
* de congé parental :  NON  OUI (joindre l’arrêté le cas échéant)
* de temps partiel :  NON  OUI (joindre l’arrêté le cas échéant)

Fait à ............ ,le ............,

le Maire – le Président, (signature + cachet)

Veuillez retourner votre formulaire à l’adresse suivante :*cdg50@cdg50.fr*