### 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 : Choisissez un élément.

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

 NON

* Numéro de la déclaration du poste à pourvoir : ............
* Visite médicale :  OUI  NON

La visite médicale doit être effectuée dans les cas suivants :

* Lorsque la collectivité a un doute sur l’aptitude de l’agent au regard des informations dont elle dispose ;
* lorsque les missions du poste sont particulièrement exposées aux risques pour la santé des agents ou pour les tiers ;
* pour les agents en situation de handicap.

Fait à ............ ,le ............,

le Maire – le Président, (signature + cachet)

# PIÈCE(S) À JOINDRE

* Fiche d’identification, présente ci-dessous, complétée

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **COLLECTIVITE :** ............  document à nous retourner avec l’arrêté de **première nomination**  **d’un fonctionnaire stagiaire** en **échelle C1** dans la collectivité ou l’établissement | | | | | |
| **IDENTIFICATION** | | | | | | | | |
| NOM D’USAGE : ............ | | | | | | Date de naissance : ............ | | |
| NOM DE NAISSANCE : ............  PRENOM : ............ | | | | | | Lieu de naissance : ............  Département de naissance : ............  Nationalité : ............ | | |
| Fonctions : ............  Grade : ............ Date de nomination : ............ | | | | | | | | |
| **SITUATION DE FAMILLE** | | | | | | | | |
| Célibataire | | Marié(e) | | | Pacsé(e) | | Veuf(ve) | Divorcé(e) ou Séparé(e) |
| **FORMATION GENERALE ET PROFESSIONNELLE** | | | | | | | | |
| Diplômes  Niveau d’instruction  Formation professionnelle  Permis de conduire : | | | | : ............  : ............  : ............  VL  PL  TC | | | | |
| **SERVICE NATIONAL et PARCOURS PROFESSIONNEL ANTERIEUR**  **POUR UNE NOMINATION EN ECHELLE C1** | | | | | | | | |
| ➀ | **EXEMPTE OU REFORME DU SERVICE MILITAIRE** | | | | | | | |
| **SERVICE MILITAIRE EN QUALITE D’APPELE**\*  **SERVICE CIVIQUE**\*  **VOLONTARIAT INTERNATIONAL**\*  Période du ............ au ............ A retenir en totalité soit : ............ an(s) ............ mois ............ jour(s) | | | | | | | |
| ➁ | **SERVICE MILITAIRE EN QUALITE D’ENGAGE\***  Période du ............ au ............ soit ............ an(s) ............ mois ............jour(s)  A retenir pour les trois quarts soit : ............ an(s) ............mois ............ jour(s)  **AGENT PUBLIC CONTRACTUEL**  **Reprise des services antérieurs non effectuée à ce jour**  ............ an(s) ............ mois ............ jour(s) *(durée totale après éventuelle conversion en équivalent temps plein exprimée en années, mois et jours)*  A retenir pour les trois quarts soit : ............ an(s) ............ mois ............ jour(s)  Indice brut calculé ➊ : ............  ➊ *au vu de la moyenne des six meilleures rémunérations mensuelles perçues au cours des douze derniers mois (cf article 5. III du décret n°2016-596)* | | | | | | | |
| ou | **ACTIVITES PROFESSIONNELLES ACCOMPLIES SOUS UN REGIME JURIDIQUE AUTRE QUE CELUI D’AGENT PUBLIC, EN QUALITE DE SALARIE**  ............ an(s) ............ mois ............ jour(s) *(durée totale après éventuelle conversion en équivalent temps plein exprimée en années, mois et jours)*  A retenir pour la moitié soit : ............ an(s) ............ mois ............ jour(s) | | | | | | | |
| ou | **SERVICES ACCOMPLIS DANS UN ETAT MEMBRE DE L’UNION EUROPEENNE OU DE L’ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN AU SENS DES ARTICLES 2 ET 4 DU DECRET N°2010-311**  Services du ............ au ............ soit ............ an(s) ............ mois ............ jour(s) | | | | | | | |

Le Maire ou le Président certifie sous sa responsabilité les renseignements portés sur ce document.

Fait le ............, à ............

Cachet et signature de l’autorité territoriale,

\* *joindre impérativement les justificatifs (copie du livret militaire…)*