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

* Date d’effet de la liste d’aptitude : ............
* 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)

# PIÈCES À JOINDRE

* Fiche d’identification, présente ci-dessous, complétée
* Copie de la liste d’aptitude ou de l’attestation de réussite au concours

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 C2** 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 : Choisissez un élément. Date de nomination : ............Voie d’obtention du concours\* :  Externe  Interne  3ème concours |
| **SITUATION DE FAMILLE** |
|   Célibataire |  Marié(e) |  Pacsé(e) |  Veuf(ve) |  Divorcé(e) ou Séparé(e) |
| **FORMATION GENERALE ET PROFESSIONNELLE** |
| DiplômesNiveau d’instructionFormation professionnellePermis 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)**Reprise des services antérieurs non effectuée à ce jour**  **AGENT PUBLIC CONTRACTUEL**  ............ 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) |
| 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,

Reprise des services antérieurs non effectuée à ce jour

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