### Identification de la collectivité

**Nom de la collectivité** : ............ Affaire suivie par : ............

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

### Identite de l’agent

**Nom :** ............ **Prénom :** ............

Nom de jeune fille : ............

### situation adminiStrative de l’agent

Grade : ............ Date de nomination en qualité de stagiaire : ............

Temps de travail :  temps complet  temps non complet, préciser : ............

Agent intercommunal :  OUI, préciser la ou les collectivité(s) : ............

  NON

Lieu d’affectation (Ex : école, mairie, salle des fêtes …) : ............

Intitulé du poste occupé : ............

### motif de la saisine

Date d’effet souhaitée :............

**Rappel**

La date d’effet de la mesure proposée doit être postérieure à la date de la réunion de la CAP.

Après quel type de congé pour indisponibilité physique cette saisine intervient-elle :

  congé de maladie ordinaire  congé de longue maladie  congé de longue durée

Historique des congés de maladie :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TYPE DE CONGES MALADIE | DATE DE DEBUT | DATE DE FIN |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |
| ............ | ............ | ............ |

Certificat médical justifiant l’absence pour maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée :

 Date de début : ............

 Date de fin : ............

Le conseil médical a-t-il été saisi au sujet de la réintégration du fonctionnaire :

  OUI, préciser :

* la date : ............
* l’avis rendu : ............

  NON

L’agent a-t-il été mis en demeure de reprendre ses fonctions :

  OUI, préciser la date : ............

  NON

Quels sont les motifs invoqués par l’agent à l’appui du refus de reprise du travail : ............

|  |  |
| --- | --- |
| L’agent atteste avoir pris connaissance de la décision envisagée et de la saisine :**Date et signature de l’agent**, | Fait à ............, le ............le Maire – le Président, (signature + cachet)(Nom – *Prénom*)  |

***Confidentialité des Données à Caractère Personnel - RGPD***

*Les informations recueillies par le Centre de Gestion de la Manche ont pour finalité la gestion de votre saisine de la CAP. Elles sont uniquement destinées aux agents en charge de leur traitement et aux membres de la CAP, et ne seront pas cédées ou transmises à des tiers. Les données sont conservées pendant la durée légale d’utilité administrative correspondante au traitement. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » de 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, dit RGPD, vous disposez du droit d’accès, de rectification, d’effacement, de limitation, d’opposition et de portabilité des données. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données personnelles, veuillez contacter le Délégué à la Protection des Données du Centre de Gestion de la Manche :* *rgpd@cdg50.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.*

# PIÈCES À JOINDRE À L’IMPRIMÉ DE SAISINE

* fiche de poste de l’agent,
* copie de l’avis du conseil médical (le cas échéant),
* rapport daté et signé par l’autorité territoriale, expliquant la situation et la chronologie des faits,
* courrier de l’autorité territoriale proposant le poste,
* courrier de l’agent qui refuse le poste.

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

**Textes de Référence**

* *Articles 17 et 35 du décret n°87-602 du 30 janvier 1987 modifié,*
* *Article 37-1 du décret n°89-229 du 17 avril 1989 modifié.*