### 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 :** ............

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

  NON

* Date d’effet souhaitée : ............ Durée souhaitée (entre 1 et 3 mois): ............
* L’agent a-t-il bénéficié de la bonification d’ancienneté obligatoire :

 NON

 OUI

Fait à ............ ,le ............,

le Maire – le Président, (signature + cachet)