

DOSSIER DE NOMINATION STAGIAIRE catégorie B

***Dossier à compléter obligatoirement par l’autorité territoriale et à retourner à l’adresse mail :*** [***gestionrh@cdg05.fr***](mailto:gestionrh@cdg05.fr)

Collectivité :……………………………………………….…..……………………………………...........................

Nom d’usage de l’agent et prénom(s) : ………………………….…………………………………………….…

Nom de jeune fille : ………………………………………….……………………………………………………………

Grade : ……………………………………………………………………………..……………………………………………

… / … / ……..

Date de nomination : Durée hebdomadaire de services :

*Attention à la création du poste et aux démarches préalables obligatoires à accomplir*

*Si durée hebdomadaire > ou = 28 heures : affiliation obligatoire à la CNRACL (Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales)*

Mode de recrutement : Recrutement direct 🞏 ou Concours : interne 🞏 externe 🞏 3ème voie 🞏 *(joindre copie attestation)*

**SITUATION DE L’AGENT AVANT SA NOMINATION STAGIAIRE**

* **Titulaire dans une autre collectivité :**

Nom de la Collectivité : ………………………………………………………………………………………….

Nombre d’heures hebdomadaires : ……………………………………………..…………………………….….

* **Contractuel dans une collectivité ou un établissement public ou privé :**

Nom de la Collectivité ou de l’établissement : ………………………………………………………………….

Nombre d’heures hebdomadaires : ……………………………………………………………………………….

* **Inscrit à la Bourse de l’Emploi du Centre de Gestion des Hautes-Alpes**

***Pièces OBLIGATOIRES à joindre à ce dossier***

* *Fiche de renseignements Agents*
* *Copie des Bulletins de salaire + contrats de travail*
* *Copie de l’état signalétique des services militaires ou de l’extrait des services militaires*
* *Copie du Livret de famille*
* *Copies des diplômes*
* *Copie de la liste d’aptitude ou de l’attestation en cas de réussite au concours*
* *Certificats médicaux d’aptitude au poste : Attestations du Médecin agréé et Médecin du travail (Médicom le cas échéant)*
* *Copie de la délibération de création de poste*
* *Numéro de déclaration sur le site* [*www.emploi-territorial.fr*](http://www.emploi-territorial.fr)
* *Bulletin n°2 du casier judiciaire*

# SERVICES A RECENSER AVANT LA NOMINATION STAGIAIRE

*(Il n’est pas nécessaire de nous transmettre les copies des contrats, fiches de paie ou attestations employeurs :*

*Ces documents sont à conserver par la collectivité dans le dossier de l’agent)*

**I - SERVICES DE DROIT PUBLIC**

*(Tous les services de droit public, y compris ceux accomplis dans une autre collectivité ou une autre administration, Fonction Publique d’Etat, Fonction Publique Hospitalière…)*

**1 - Services dE DROIT public ACCOMPLIS DANS UN EMPLOI AU MOINS EQUIVALENT A CELUI DE CATEGORIE B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COLLECTIVITES**  **ou ENTREPRISES** | **SERVICES D’AFFECTATION** | **Périodes de travail** | **Durée de travail**  (Hebdomadaire, mensuelle ou annuelle) | **NATURE DES ACTIVITES**  (principales missions, responsabilités confiées) |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  **SOIT :**    …  …  … ……  ANS MOIS JOURS |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  **SOIT :**    …  …  … ……  ANS MOIS JOURS |  |  |

**2 - Services dE DROIT public ACCOMPLIS DANS UN EMPLOI DE NIVEAU INFERIEUR A CELUI DE CATEGORIE B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COLLECTIVITES**  **ou ENTREPRISES** | **SERVICES D’AFFECTATION** | **Périodes de travail** | **Durée de travail**  (Hebdomadaire, mensuelle ou annuelle) | **NATURE DES ACTIVITES**  (principales missions, responsabilités confiées) |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  **SOIT :**    …  …  … ……  ANS MOIS JOURS |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  **SOIT :**    …  …  … ……  ANS MOIS JOURS |  |  |

**REMUNERATION DETENUE** **AVANT LA NOMINATION STAGIAIRE** (au titre de l’emploi public occupé avant la nomination sous réserve que l’agent justifie d’au moins six mois de services effectifs dans cet emploi au cours des douze derniers mois précédant sanomination) : **I.B :** ………………………….. **I.M :**  …………………………..

****

**Faire une photocopie de cette fiche si nécessaire, à joindre à ce dossier.**

**Dans ce cas : indiquer ici le nombre de pages supplémentaires :** …………

**II - SERVICES DE DROIT PRIVE**

**1 - Services de droit privé ACCOMPLIS DANS UN EMPLOI AU MOINS EQUIVALENT A CELUI DE CATEGORIE B**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTREPRISES** | **SERVICE D’AFFECTATION** | **Périodes de travail** | **Durée de travail**  (Hebdomadaire, mensuelle ou annuelle) | **NATURE DES ACTIVITES**  **( principales missions , responsabilités confiées** |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----  **SOIT :**    …  …  … ……  ANS MOIS JOURS |  |  |

**III– CARRIERE MILITAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ….. ans | ….. mois | …. jours |

Du ……………………..au ……………………………………..

****

**Faire une photocopie de cette fiche si nécessaire, à joindre à ce dossier.**

**Dans ce cas : indiquer ici le nombre de pages supplémentaires :** ………..

DROIT OPTION DE L’AGENT POUR LA REPRISE

DE SES DROITS PUBLICS OU PRIVES

**Le fonctionnaire doit opter lors de sa nomination, ou au plus tard dans un délai de 6 MOIS suivant**

**celle-ci, pour l’application du dispositif qui lui est le plus favorable entre :**

**Cocher l’une des 2 cases**

❒ la reprise des services publics antérieurs (reprise ¾ des services dans un emploi de niveau au moins équivalent à celui de la catégorie B, ½ des services de niveau inférieur).

❒ la reprise des services privés antérieurs (reprise pour moitié dans la limite de 8 ans) d’un niveau au moins équivalent à celui de la catégorie B.

Un fonctionnaire ne peut bénéficier de l’application de plus d’une de ces dispositions. Une même période ne peut être prise en compte qu’au titre d’une seule de ces dispositions.

***Fait à*** *........................................................* ***le :*** *.................................* ***Fait à*** *........................................................* ***le :*** *.................................*

*Signature de l’agent* *Signature de l’autorité territoriale et cachet*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS AGENTS

**1. SITUATION ADMINISTRATIVE DE L’AGENT DANS LA COLLECTIVITE**

Grade : …..……………………………………..……………………………………………………

Echelle : ……..… Echelon : ….………

**Date de nomination :** ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜

**Durée hebdomadaire d’activité :**

🞏 Agent à temps complet (éventuellement position à temps partiel)

🞏 Non

🞏 Oui Pourcentage : ……………%

🞏 Agent à temps non complet

Nombre d’heures d’activité hebdomadaire ⬜⬜ h ⬜⬜ min

**Durée hebdomadaire de travail dans les fonctions exercées :**

Nombre d’heures (fonction ………………………………) ⬜⬜ h ⬜⬜ min

Nombre d’heures (fonction ………………………………) ⬜⬜ h ⬜⬜ min

*Si durée hebdomadaire > ou = 28 heures : affiliation obligatoire à la CNRACL**(Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales)*

**Mode de recrutement :**

🞏 Recrutement direct 🞏 mutation 🞏 autre : …………………………………………………………………………….……………………………….……….

🞏 Concours : 🞏 interne 🞏 externe 🞏 3ème voie

**Collectivité d’origine** *(le cas échéant*) : …………………………………………………………………………………….….

**Position administrative particulière :**

(Congé de longue maladie ou maladie de longue durée – disponibilité – congé parental)

Préciser la date de départ et de fin.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. ETAT CIVIL DE L’AGENT**

Date de naissance : ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜ Nationalité : ……………………………..……………..

Lieu de naissance : ………………………………..………………………. Département de naissance : ⬜⬜

Situation familiale : 🞏 célibataire

🞏 Marié(é) + date : ……………………………….

🞏 concubin(e) + date :……………………………

🞏 Pacsé(é) + date :…………………………….

🞏 Divorcé(é) + date :………………………….

🞏 Veuf +date :……………………………

□ séparé(e) + date :………………………

Nom patronymique, nom marital le cas échéant et prénoms du conjoint(e) : …………..………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜⬜

**Enfants :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom des enfants** | **Prénoms** | Sexe  (M ou F) | A charge  (oui ou non) | Date de naissance | Lieu de naissance |
|  |  |  |  |  |  |

**Adresse actuelle :** ………………………..………………..…………………………………………………………………..…

……………………………………..……………..………………..…………………………………………………………………..……

Code postal : ⬜⬜⬜⬜⬜ Ville :………………………………………………………..………………………………………….

Mail :…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**3. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

N° Sécurité Sociale : ⬜ ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜⬜ ⬜⬜⬜ ⬜⬜

Régime de retraite : 🞏 **CNRACL**  🞏 **Ircantec**  🞏 **Autre**  …………………….. 🞏 **N° :** ………..…..………..…

*Si durée hebdomadaire > ou = 28 heures : affiliation obligatoire à la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales)*

Service militaire : Période du  ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜ au  ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜ 🞏 Réformé 🞏 Exempté

🞏 Dispensé 🞏 Service non effectué 🞏 Absence de service

Diplômes obtenus :

Niveau : 🞏 Primaire 🞏 Secondaire 🞏 Supérieur

Diplôme le plus élevé : ……….……………………………………………………………………………………..

⬜⬜ , ⬜⬜

⬜⬜ , ⬜⬜

⬜⬜ , ⬜⬜

Note des trois dernières années :

***Fait à :*** ………………………………..…………..… ***Fait à :*** …………..…………………………..……

**Le :** ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜ **Le :** ⬜⬜ ⬜⬜ ⬜⬜

*Cachet de la collectivité*

*Signature de l’agent Signature de l’autorité territoriale*

**CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DES HAUTES-ALPES**

1 rue des Marronniers – Immeuble les Fauvettes II – 05000 GAP

Tél. 04.92.53.29.10 / fax : 04.92.53.29.11

Site Internet : [www.cdg05.fr](http://www.cdg05.fr)

e-mail Service des Carrières : [carrières@cdg05.fr](mailto:carrières@cdg05.fr)