DOSSIER DE NOMINATION STAGIAIRE catégorie C



***Dossier à compléter obligatoirement par l’autorité territoriale et à retourner à l’adresse mail :*** ***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)*

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

❒ la reprise aux 3/4 de ses services de droit public, après conversion équivalent temps plein \*

* la reprise à raison de la 1/2 des services de droit privé, après conversion équivalent temps plein \*

 **\* Cocher l’une des 2 cases**

Rappel : 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.

***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 est 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.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COLLECTIVITES** | **NATURE****DU CONTRAT** | **Périodes de travail** | **Durée de travail**(Hebdomadaire, mensuelle ou annuelle)A PRECISER | Conversionen équivalent temps plein***Cadre réservé au CDG*** |
| **Exemple :** |
| **CDG 05**  | **Contrat à durée déterminée** | **Du 01/01/2014 au 31/12/2014** | **35h hebdomadaire** |  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----**SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  |   |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----**SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  |   |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----**SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL****SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  | **TOTAL X 3/4**……………………………………………..  |

**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**

* *Services d’agent de droit privé d’une administration (CES /CEC/Contrat d’apprentissage/ Emploi jeunes/TUC…)*
* *Services en qualité de salarié dans le secteur privé ou associatif.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COLLECTIVITES****OU ENTREPRISES** | **NATURE****DU CONTRAT** | **Périodes de travail** | **Durée de travail**(Hebdomadaire, mensuelle ou annuelle)A PRECISER | Conversionen équivalent temps plein***Cadre réservé au CDG*** |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----**SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  |   |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----**SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  |   |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----Du ------ / ------ / ---------- au ------ / ------ / ----**SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL****SOIT :**  … … … ……  ANS MOIS JOURS |  | **TOTAL X 1/2**……………………………………………..  |

**III. CARRIERE MILITAIRE**

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

Du ………………………..au ……………………………..

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

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

e-mail Service des Carrières : gestionrh@cdg05.fr