Saisine du Comité Social Territorial

**ENTRETIEN PROFESSIONNEL D’EVALUATION**

Date de séance : …… / …… / …………….

**Textes de référence :**

* Code général de la fonction publique, notamment les articles L521-1 à L521-5
* Décret n° 2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics
* Décret n° 2014-1526 du 16 décembre 2014 relatif à l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires territoriaux

Nom et adresse de la Collectivité

OU DE L’ETABLISSEMENT concerne

CONTACT EN CHARGE DU DOSSIER

TELEPHONE - MAIL

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

Nombres d'agents titulaires : ........... Stagiaires : ........... Non-titulaires : ..........

**Date de mise en œuvre :** …… / …… / …………

**Une information + formation sont-elles envisagées pour :**

- les évaluateurs :

🞎 OUI 🞎 NON

- les évalués :

🞎 OUI 🞎 NON

**Outils préalables à l’entretien professionnel** :

* Organigramme 🞎 OUI 🞎 NON
* Fiches de postes 🞎 OUI 🞎 NON
* Plan de formation 🞎 OUI 🞎 NON

**ATTENTION : tout élément jugé utile pour l’étude de la demande peut être annexé à cette saisine**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domaine** | **Critères d’appréciation à préciser (en fonction de la liste des critères validés à la séance du CT)** |
| **L’efficacité dans l’emploi et la réalisation des objectifs** |  |
| **Les compétences professionnelles et techniques** |  |
| **Les qualités relationnelles** |  |
| **La capacité d’encadrement ou aptitude à s’adapter à un emploi supérieur** |  |
| **Critères supplémentaires le cas échéant** |  |

**En cas de modification de la délibération existante, précisez :**

 SIGNATURE DE L’AUTORITE TERRITORIALE

*Fait à  (lieu) : ………….……………………………………….….…………*

*Le (date) : ……/……/……………*

*Nom du Maire ou du Président : ……………………….………….…....*

*Cachet de la collectivité et signature de l’autorité territoriale*