**SUPPRESSION DE POSTE**

Date de séance : … / … / …………

**Textes de référence :**

* Code général de la fonction publique, notamment l’article L542-2
* Décret n° 2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics

Nom et adresse de la Collectivité

OU DE L’ETABLISSEMENT concerne

CONTACT EN CHARGE DU DOSSIER

TELEPHONE - MAIL

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

suppression du poste :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GRADE** | **Temps de travail** | **MISSIONS DU POSTE** | **MOTIF DE LA SUPPRESSION** | **A compter du :** |
|  |  |  |  |  |

Pièce obligatoire : L’agent doit donner son accord par courrier ou mail lorsqu’une modification du temps de travail est effectuée

CONSEQUENCES de la suppression :

**1- Création d’un ou plusieurs postes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRADES** | **Temps de travail** | **MISSIONS DU (DES) POSTE(S)** | **A compter du :** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 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*