





**Dossier de refus de titularisation**

**de l’agent stagiaire**

**🞎 Catégorie A**

**🞎 Catégorie B**

**🞎 Catégorie C**

*Le dossier doit être retourné à Mme la Présidente de la Commission Administrative Paritaire (CAP) du CDG58*



* Tout dossier présenté devant la Commission Administrative Paritaire doit comporter :
* **L’imprimé** de proposition de refus de titularisation p. 3
* La **fiche de renseignements d’état civil et** justificatifs **des formations suivies**. p. 4
* La **fiche de renseignements sur la situation professionnelle** de l’agent p. 5

 accompagnée de la copie des entretiens d’évaluation professionnelle **de l’année de stage en cours**

* Le **rapport** daté et circonstancié du Maire (ou du Président) de la collectivité expliquant les motifs de la décision prise et comportant la date prévue de la **fin de stage** et la signature de l’employeur p. 6-7
* L’**attestation signée par l’agent** attestant avoir eu connaissance du présent dossier. p. 8
* **En annexe :** p. 9
	+ **Evaluations réalisées en cours de stage** (prorogation(s) comprise(s) s’il y a lieu)
	+ **Fiche de poste**
	+ **Les attestations de formation** suivies par l’agent durant la période de stage. Attestation de formation obligatoire d’intégration du CNFPT ou dispense de formation (obligatoire avant toute prorogation de stage ou refus de titularisation).
	+ **Observations écrites de l’agent** adressées à la Commission administrative Paritaire
	+ Toute(s) **pièce(s) complémentaire**(s)

**🞎 A 🞎 B 🞎 C**

**PROPOSITION DE REFUS DE TITULARISATION**

**Collectivité ou Etablissement public *:***

**Agent :**

**Situation actuelle :**

* Grade
* Durée hebdomadaire :
* Date de mise en stage :
* Période(s) de prorogations de stage (si concerné):

**Date d’effet du refus de titularisation envisagé :**

 Fait à…………………………..

Le……………………………….

L’autorité territoriale

**ÉTAT CIVIL DE L’AGENT**

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

 SITUATION FAMILIALE :

 ENFANTS A CHARGE :

 ADRESSE :

 DIPLÔMES DÉTENUS PAR L’AGENT :

 FORMATIONS :

**SITUATION PROFESSIONNELLE DE L’AGENT**

|  |  |
| --- | --- |
| GRADE : |   |
| Service d’affectation :Effectif du service :Effectif de la collectivité : |     |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. CONCOURS PROFESSIONNELS DONT L’AGENT EST TITULAIRE :
 |      |
| 1. DATE(S) D’OBTENTION :
 |    |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. DATE DE MISE EN STAGE :
 |  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. DATE(S) et DUREE(S) DES CONTRATS DANS LA COLLECTIVITE :
 |          |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ABSENCES POUR FAITS DE MALADIE AU COURS DU STAGE :

(joindre les certificats médicaux d’arrêt de travail) |       |

**RAPPORT SOUMIS A L’AVIS DE LA C.A.P.**

**RELATIF A UN REFUS DE TITULARISATION**

|  |  |
| --- | --- |
| A. | **DESCRIPTIF DES FONCTIONS EXERCEES** :       |
| B. | **APPRÉCIATIONS SUR LA MANIÈRE DE SERVIR** :* CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES :

   * EXÉCUTION, INITIATIVE, RAPIDITÉ ET FINITION :

   * TRAVAIL EN COMMUN, RELATIONS AVEC LE PUBLIC :

     |
| C. | **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** :     |

|  |  |
| --- | --- |
| D. | **MOTIVATIONS DE LA DEMANDE** (1) :                         (1) *Un rapport complémentaire peut être annexé au présent document* |

Fait à

Le

Signature de l’autorité territoriale

Le Maire / Le Président

Je soussigné(e) :

NOM :

PRÉNOM :

GRADE :

Stagiaire depuis le ........./........./........

**ATTESTE :**

🞎 **avoir pris connaissance**

du dossier portant demande de refus de titularisation à la date du ……/……/…….. adressé par l’autorité territoriale pour avis de la Commission Administrative Paritaire de catégorie ………. située auprès du Centre de Gestion qui se réunira le ……./……../……..

🞎 **reconnais avoir été informé(e) de la possibilité**

de consulter mon dossier administratif en mairie ou au siège de l’établissement public.

**🞎 SOUHAITE**

**🞎 NE SOUHAITE PAS**

**SAISIR PAR COURRIER OU MAIL**

Madame la Présidente de la

**Commission Administrative Paritaire**

**CENTRE DE GESTION**

24 Rue du Champ de Foire BP3
58028 NEVERS Cedex

contact@cdg58.fr

**pour lui faire connaître d’éventuelles observations**

**SOUS COUVERT DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE**

**et ce, obligatoirement avant la réunion de la Commission Administrative Paritaire** \*

Fait à ............................................

Le .........................

Signature de l’agent

\* Toute observation parvenue après la date de la de Commission Administrative Paritaire ne sera pas prise en compte