**DEMANDE D’AVIS AU COMITE SOCIAL TERRITORIAL**

**POUR UNE SUPPRESSION D’EMPLOI**

(*Articles L542-2 et L542-3 du CGFP, 18 et 30 du décret n°91-298*)

*Le CST n’a pas à être saisi si la modification du temps de travail n’excède pas 10 % et si l’agent ne perd pas son affiliation à la CNRACL dans le cas d’une modification inférieure à 10 %.*

*Attention, toute modification du poste d’un agent à temps complet est illégale sans son accord (TA Strasbourg, 9 février 2010, n°0603775).*

*Cette consultation du CST ne s'impose que pour la suppression "d'emplois d'agents titulaires" (CE, 8 mai 2001, n°222912), elle n'est pas obligatoire pour la suppression d'un emploi permanent occupé par un agent contractuel (CAA Marseille, 9 novembre 2012, n°10MA01837).*

*« Cette consultation préalable a pour objet d’éclairer l’assemblée délibérante de l’établissement public sur la position des représentants du personnel de [la collectivité] concerné[e], même si cet emploi est vacant, sauf à ce qu’il soit démontré qu’une telle consultation était impossible. » (CAA Lyon, 28 janvier 2021,* N° 19LY00420 et 19LY04022)

*Pour plus d’informations, vous pouvez consulter la note suivante :*

[Modification de la durée hebdomadaire de service et/ou suppression d’emploi [NOTE D’INFO]](../../1NoteInfo_modele/2022_12_supp_poste.pdf)

**Identification de la collectivité**

NOM :

**Nature de l’emploi permanent à supprimer**

Description de l’emploi :

Grade(s) autorisé(s) :

Durée hebdomadaire :

Date de suppression :

Motif de la suppression :

**Portée de la suppression**

🞏 Suppression sans suite

OU

🞏 Suppression d’emploi suivie de création d’emploi (ex. modification de la durée hebdomadaire)

Nouvel emploi créé :

Grade(s) autorisé(s) par la délibération :

Durée hebdomadaire :

Date prévue de création du nouvel emploi :

Agent nommé sur le poste à supprimer :

Grade détenu :

L’agent est-il d’accord sur la modification envisagée ?

*(L’avis de l’agent doit être joint à votre demande)*

Fait à :

Le :

Cachet + signature de l’autorité :

****

**AVIS DE L’AGENT SUR LA MODIFICATION DE L’EMPLOI OCCUPE**

 (*Articles L542-2 et L542-3 du CGFP, 18 et 30 du décret n°91-298*)

Je, soussigné :

Agent de la collectivité :

Grade :

Occupant un emploi de (description des fonctions) :

Pour une durée hebdomadaire de :

Reconnais avoir pris connaissance du projet de modification de l’emploi que j’occupe, à savoir :

Nouvel emploi proposé :

Description :

Grade envisagé :

Nouvelle durée hebdomadaire :

Je suis informé(e) qu’en cas de passage sous le seuil d’affiliation à la CNRACL (28 heures), je perdrais le bénéfice de ce régime spécial au profit du régime général de la sécurité sociale et de l’Ircantec en caisse complémentaire de retraite.

🞏 J’ai pris connaissance des conséquences d’une suppression d’emploi à lecture de la note du CDG :

[Modification de la durée hebdomadaire de service et/ou suppression d’emploi [NOTE D’INFO]](../../1NoteInfo_modele/2022_12_supp_poste.pdf)

🞏 Je donne mon accord pour cette transformation de l’emploi que j’occupe

🞏 Je refuse la transformation de l’emploi que j’occupe

Fait à :

Le :

Signature de l’agent :