

**Réorganisation de service**

**Collectivité :**

**Nom et coordonnées de la personne en charge du dossier :**

**Textes de référence**

* Code Général de la Fonction Publique, article L253-5 -
* Décret n° 85-603 du 10 juin 1985
* Articles 18 et 30 du décret n°91-298 du 20 mars 1991 (agents à temps non complet)

**Principe**

Le Comité Social Territorial est consulté pour avis sur les questions relatives à l’organisation des administrations, aux conditions générales de fonctionnement des services, à l’introduction des nouvelles méthodes de travail, etc.

Nombre d’agent(s) titulaire(s) :

Nombre d’agent(s) stagiaire(s) :

Nombre d’agent(s) contractuel(s) :

Nombre d’habitants :

|  |
| --- |
| **PROJET DE REORGANISATION :** * Préciser le projet, effectif concerné, changement de poste, augmentation/diminution de DHS, modifications plannings, modifications horaires de travail ……)

**Service** :[ ]  Administratif [ ]  Technique [ ]  Autres (préciser)**Descriptif** :  **Effectifs concernés** :  **Fonctions** :  **Organigramme modifié :** [ ]  oui [ ]  non**Fiches de postes modifiées** : [ ]  oui [ ]  non |

|  |
| --- |
| **Tableau des emplois modifié** : [ ]  oui [ ]  non**Suppression de poste (s)** : [ ]  oui [ ]  non**Création de poste (s)** : [ ]  oui [ ]  non**Temps partiel** : [ ]  oui [ ]  non**Impact sur le règlement intérieur** :   |

Le personnel a-t-il été consulté : [ ]  Oui [ ]  Non

|  |
| --- |
| * **Impacts sur l’organisation des services**
 |
| * Création ou modification de l’organigramme
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Si oui transmettre l’organigramme existant et le futur*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modification de la DHS d’un ou plusieurs agents
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Préciser les changements dans le rapport circonstancié*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modification du nombre de jour ARTT
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Le préciser dans le rapport circonstancié*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modificationdes horaires de travail
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Transmettre les plannings (pause, coupure/pause méridienne)*
 |  |  |
|  |  |  |
| * Modification du tableau des effectifs
* *Suppression/création de poste à préciser dans le rapport circonstancié*
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  |  |  |
| * Induit des changements de poste pour certains agents
 | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| * *Transmettre les fiches de poste avant/après*
 |  |  |

**COMPLEMENTS D’INFORMATION :**

**Date d’entrée en vigueur :**

 Fait à

 Le xx.xx.xxxx

 Signature de l’autorité territoriale

 Pièce à joindre en complément de l’imprimé de saisine :

* Projet de délibération



**Les dossiers de saisine complets doivent parvenir au CDG 3 semaines avant la séance.**

**Voir le calendrier prévisionnel, site du CDG 58,** [**rubrique Comité Social Territorial**](https://www.cdg58.com/pages/comite-technique/)

**A envoyer à l’adresse suivante :** **cst@cdg58.fr**

**Projet de délibération = non validé, non voté par l’organe délibérant, non transmis au contrôle de légalité**

*Tout dossier incomplet ne pourra être étudié par les membres du Comité Social Territorial*