Une image contenant Graphique, cercle, graphisme, Caractère coloré

Description générée automatiquement

**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**](mailto: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*