

**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

***DOSSIER DE SAISINE***

|  |
| --- |
| **CAS PARTICULIERS :****Démission : en cas de refus par l'autorité territoriale** |

|  |
| --- |
| **Référence juridique :** *Art. L 551-2 du CGFP**Art. 37-1 III du décret n°89-229* |

Ce document d’information devra être transmis au CDG06 dûment signé par l’intéressé(e) accompagné des pièces demandées **UNIQUEMENT** par **COURRIEL** à cap@cdg06.fr

|  |
| --- |
| Pièces à joindre **impérativement** à ce document : * Copie du courrier du fonctionnaire sollicitant sa démission avec précision de la date d’effet,
* Copie de la décision de refus de l’administration concernant la démission,
* Tout autre document jugé utile à l’appréciation des membres (ex : compte-rendu d’entretien professionnel de l’année N-1, la fiche de poste, l’organigramme).
 |
| **Votre situation administrative :**  |
| Votre employeur : |
| Nom de famille :  | Nom marital :  |
| Prénom : | Date de naissance : |
| Grade : | Temps de travail : |

|  |
| --- |
| **Poste occupé** |
| Date de prise de fonctions :Intitulé et activités principales :*(À ne renseigner qu’en absence de fiche de poste)*Ancienneté dans la fonction publique (toutes fonctions publiques confondues) : |
|  |
| **Demande de démission** |
| Date du courrier de l’agent demandant sa démission :Date d’effet de la démission souhaitée par l’agent :Date du courrier motivé de la collectivité refusant la démission de l’agent : |
|  |
| **Motivations**  |
| *donner les éléments relatif à votre démission qui permettront d’éclairer les membres de la CAP* |
|  |
| **Observations (le cas échéant) :** |
|  |

Fait à .......................................... le.....................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM Prénom : |  |
| *Signature :* |  |