

Commission Administrative Paritaire

Imprimé de saisine DETACHEMENT

(cet imprimé contenant 2 pages peut être imprimé en recto-verso)

Catégorie : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		
<input type="checkbox"/> Détachement nomination	<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Renouvellement
<input type="checkbox"/> Détachement au sein de la même collectivité	<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Renouvellement
<input type="checkbox"/> Détachement départ	<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> Renouvellement

Références :

- Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (art. 64 à 69)
- Décret n°86-68 du 13 janvier 1986 relatif aux positions de détachement, hors cadre, de disponibilité et de congé parental des fonctionnaires territoriaux
- Circulaire NOR : BCFF 09265 31 du 19 novembre 2009

Rappel : Positions qui ont pour vocation de permettre la mobilité entre les trois fonctions publiques : Territoriale, Hospitalière et Etat mais aussi au sein de la même fonction publique voire la même collectivité. En détachement, le fonctionnaire est placé hors de son cadre d'emplois, emploi ou corps d'origine et continue à bénéficier dans celui-ci de ses droits à l'avancement et à la retraite.

COLLECTIVITE :

Agent : NOM : **PRENOM :**

Personne chargée du dossier :

NOM : **PRENOM :**

Qualité :

Ligne directe :

Adresse mail : @

Pièces à joindre : (obligatoire pour l'instruction du dossier)

- Courrier de demande de l'agent
- Dernier arrêté correspondant à la dernière situation dans sa collectivité d'origine (et celle d'accueil s'il s'agit d'un renouvellement)
- Grille indiciaire de l'administration d'origine
- Arrêtés de disponibilité et/ou de congés parentaux

MERCI DE REMPLIR L'ANNEXE JOINTE CI-DESSOUS

DEMANDE DE DETACHEMENT

	SITUATION DANS L'ADMINISTRATION D'ORIGINE <input type="checkbox"/> F P E <input type="checkbox"/> F P H <input type="checkbox"/> F P T	SITUATION DANS VOTRE COLLECTIVITE <i>(à remplir <u>uniquement</u> lors du renouvellement)</i>
Nom de l'administration		
Date d'effet du dernier arrêté		
Catégorie		
Temps de travail		
Grade		
Échelon (date de nomination)		
I.B / I.M		
Reliquat d'ancienneté		
Indiquer les périodes de disponibilités ou de congés parentaux		

CALCUL DU DETACHEMENT			
Durée du détachement			
Date de nomination			
Temps de travail			
Grade			
Échelon (date de nomination)			
I.B / I.M			
Reliquat d'ancienneté			
Classement final			
Nom du gestionnaire		Date séance CAP :	
Pièces manquantes et date de relance	-	-	-

**les zones grisées sont réservées au service du CDG 35*

DOSSIER A RETOURNER AU CDG 35

Date et signature de l'autorité territoriale

..../..../

**SERVICE STATUTS-REMUNERATION
1, AVENUE DE TIZE
CS 13600
35236 THORIGNE-FOUILLARD CEDEX**