Régime indemnitaire – RIFSEEP

*Les informations recueillies par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Morbihan font l’objet d’un traitement destiné aux réunions du Comité Social Territorial. Ce traitement relève d’une obligation légale, et les dossiers seront conservés durant la durée du mandat des membres du CST puis archivés. Les informations demandées sont obligatoires. Le destinataire est le Secrétariat du CST auprès duquel vous pouvez exercer vos droits d’accès, de rectification, et de limitation. Vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données à l’adresse* [dpd@cdg56.fr](mailto:dpd@cdg56.fr) *ou recourir à la CNIL si les réponses préalables ne vous semblent pas suffisantes.*

|  |
| --- |
| **Merci de nous retourner cette fiche de renseignements signée par l'autorité territoriale 4 semaines avant la prochaine date du CST (date limite de transmission des dossiers précisée sur** [**www.cdg56.fr**](http://www.cdg56.fr)**). Par mail : secretariatcst@cdg56.fr ou par courrier. Un accusé de réception vous sera adressé en retour.** |

Modification du régime indemnitaire actuel

Mise en place du régime indemnitaire

Collectivité/Etablissement : ………………………………………………

**Nombre d'habitants :** ………..

**Nombre d'agents titulaires (stagiaires inclus) :** ………......... **Non titulaires :** …………………

**Coordonnées de la personne en charge du dossier :**

Nom : ……………………………………………………..

Téléphone : ……………………………………………… Mail : ….…………………………………………………………....

Date d’effet *(après saisine du CST et délibération)*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Effectif(s) concerné(s) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..………………..

Information du personnel**?** OUI :  NON :

Si oui sous quelles modalités ?…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

Concertation du personnel**?** OUI :  NON :

Si oui sous quelles modalités ?…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Bénéficiaires :

Titulaires  Stagiaires  Non titulaires de droit public

Si besoin, précisions …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………

## Nature des primes et indemnités versées / Critères d’attribution :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INDEMNITES** | **Cadre d’emplois impactés** | **Montant annuel** | **Critères d’attribution** |
| **Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE)** |  |  | *Critères en lien avec : Niveau de responsabilité, niveau de technicité et niveau de sujétion* |
| **Complément indemnitaire annuel (CIA)** |  |  | *Critères en lien avec la fiche d’évaluation annuelle* |

## Modalités d’attribution

**Prise en compte des absences pour indisponibilité physique (congés maladie, maternité, etc…) :**

Si besoin, précisions

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Prise en compte de la discipline :**

Si besoin, précisions

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autres, Précisions**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Modalités de versement de la part résultats (CIA) :** (*En une fois ou deux, à quel moment et selon quelles conditions) .* ……………………………………………………………………………………………………………………….

***Documents à transmettre:***

Les modalités de mise en œuvre du régime indemnitaire doivent être définies par délibération. Le nom des agents ne doit pas apparaître dans la délibération. (possibilité de joindre la délibération)

Indiquer l’enveloppe globale définie à minima par groupe ou sous-groupe de fonctions avec précision du nombre d’agents appartenant à ce groupe

Préciser les modalités d’attribution du RI / Système de cotation des postes

Transmettre l’organigramme fonctionnel de la collectivité.

A …………………………..

Le ………………………….

Le Maire / Président :

Signature et cachet