Transfert de compétences

*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 retour 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.** |

Transfert total de compétence  Transfert partiel de compétence

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

**Nombre d'habitants :** ………..

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

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

Nom : ……………………………………………………..

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

## Compétences/Service(s) concerné(s) :…………………………………………………………………

*(Exemples : Compétence enfance jeunesse, service animation*

## Modalités du transfert du service (transfert total de compétence) :

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

## Modalités de mise à disposition du service (transfert partiel de compétence) :

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

Date d’effet : ………………………………………………………………………………………………………………

## Effectif(s) concerné(s) :

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

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

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

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

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

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

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

Renseignements complémentaires : (le cas échéant transmettre la/les fiches de poste, l'organigramme,…) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### Situation des agents

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Statut**  *grade de l’emploi, durée hebdomadaire de service…* | **Missions et activités** | **Conditions de travail**  *statut (stagiaire, titulaire, contractuel), horaires, type d’engagement, lieu de travail, moyens mis à disposition…* | |
| **Avant** | **Après** |
| **Agent N°1 :** |  |  |  |  |
| **Agent N°2 :** |  |  |  |  |
| **Agent N°3 :** |  |  |  |  |
| **Etc…** |  |  |  |  |

### Créations d’emplois (le cas échéant)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Grade** | **Durée hebdomadaire de service** | **Missions et activités** | **Remarques** |
| **Emploi N°1 :** |  |  |  |  |
| **Emploi N°2 :** |  |  |  |  |
| **Emploi N°3 :** |  |  |  |  |
| **Etc…** |  |  |  |  |

### Suppressions d’emplois (le cas échéant)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Grade** | **Durée hebdomadaire de service** | **Missions et activités** | **Remarques** |
| **Emploi N°1 :** |  |  |  |  |
| **Emploi N°2 :** |  |  |  |  |
| **Etc…** |  |  |  |  |

A …………………………..

Le ………………………….

Le Maire / Président :

Signature et cachet