

Saisine de la CAP pour insuffisance professionnelle du stagiaire

Date d'effet de la demande :

Décision envisagée	<input type="checkbox"/> prorogation de stage pour une durée de <i>Rappel : la prorogation de stage n'est pas prise en compte dans l'ancienneté</i>
	<input type="checkbox"/> refus de titularisation
	<input type="checkbox"/> licenciement en cours de stage pour insuffisance professionnelle (seulement après 6 mois de stage)
	<input type="checkbox"/> Renouvellement de contrat d'un travailleur handicapé

Cocher la case correspondante

Nom de la collectivité	Nom et prénom de l'agent	Grade

Durée hebdomadaire du poste : ____ h ____

Temps partiel : OUI préciser la quotité : ____% NON

Date de nomination en qualité de stagiaire : _____

Absences durant le stage qui pourraient repousser le terme du stage :

- Nombre de jours de congés de maladie (maternité, accident de service) _____
- Nombre de jours non repris dans l'ancienneté (congé sans traitement,...) _____

Informations de l'agent	<input type="checkbox"/> de la décision envisagée
	<input type="checkbox"/> de la saisine de la CAP
	<input type="checkbox"/> des droits à communication du dossier et à être assisté(e) par une personne de son choix (<i>formalité obligatoire pour le licenciement avant le terme du stage</i>)

Cocher la ou les cases correspondantes

Eléments constitutifs du dossier	<input type="checkbox"/> Rapport circonstancié obligatoire de l'autorité territoriale dument complété
	<input type="checkbox"/> Attestation à faire remplir par l'agent
	<input type="checkbox"/> Attestation de formation obligatoire d'intégration du CNFPT ou dispense de formation (<i>obligatoire avant toute prorogation de stage ou refus de titularisation</i>)
	<input type="checkbox"/> Evaluation en cours de stage si existante (<i>fiche d'évaluation ou rapport interne à la collectivité</i>) <input type="checkbox"/> Fiche de poste si existante

Cocher la ou les cases correspondantes

Afin que la commission puisse émettre un avis opportun, les membres doivent avoir connaissance des éléments qui motivent la décision envisagée. A ce titre, il est nécessaire de transmettre un rapport justifiant l'insuffisance professionnelle de l'agent et portant sur la manière de servir. Vous pouvez utiliser le document ci-dessous ou vous en inspirer pour établir votre rapport.

Rapport circonstancié de l'autorité territoriale

Rapport détaillé de l'autorité territoriale concernant la manière de servir		
Eléments	Appréciations	Faits probants
Connaissances et compétences professionnelles		
Qualités relationnelles		

Attitude générale		
<p>Fait à , le/...../20.....</p> <p>Rapport établi par (indiquer nom et qualité) :</p> <p>Signature :</p>		

Formations	<p>Formation obligatoire d'intégration :</p> <p><input type="checkbox"/> L'agent a terminé sa formation d'intégration : joindre l'attestation du CNFPT</p> <p><input type="checkbox"/> L'agent n'a pas terminé sa formation d'intégration :</p> <p>nombre de jours suivis :</p> <p><input type="checkbox"/> L'agent est dispensé de la formation d'intégration : joindre l'attestation du CNFPT</p> <p><i>Rappel : l'administration ne peut pas proroger le stage ou refuser une titularisation si l'agent n'a pas bénéficié de la formation d'intégration (ou dispense de stage)</i></p>
	<p>L'agent s'est vu refuser des formations par sa hiérarchie :</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Motifs :</p>
	<p>L'agent a refusé de suivre des formations proposées par sa hiérarchie :</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Motifs :</p>

Cocher la ou les cases correspondantes

Prorogations antérieures	L'agent a déjà fait l'objet d'une prorogation de stage <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date :/...../20..... Durée :
---------------------------------	--

Fait à _____ le _____

Cachet et signature de l'autorité territoriale :

Cadre réservé à la CAP Date de la CAP : Avis :	La Présidente de la CAP, Caroline DI VINCENZO
---	--

Attestation à remplir par l'agent (à transmettre à la CAP)

Je soussigné(e),

NOM : PRENOM :

Grade détenu en qualité de stagiaire :

Date de nomination en qualité de stagiaire :/...../20.....

Décision envisagée par la collectivité :

atteste avoir été informé par l'autorité territoriale de la saisine de la CAP du/...../20..... et par conséquent de la nature et des motifs de la demande,*

reconnais avoir reçu la copie du dossier transmis à la CAP et notamment le rapport circonstancié de l'autorité territoriale.*

reconnais être informé(e) de la possibilité de saisir par courrier Madame la Présidente de la CAP au Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale – 46 avenue de la Mairie – 43000 ESPALY SAINT MARCEL, pour lui faire connaître d'éventuelles observations.

Le courrier devra être transmis avant la date limite de réception des éléments de la CAP, soit le //20..... (préciser la date).*

En cas de licenciement pour insuffisance professionnelle en cours de stage :

reconnais avoir été informé(e) de mes droits à communication de mon dossier administratif en mairie ou établissement public avec possibilité d'être assisté(e) par une personne de mon choix (formalité obligatoire pour le licenciement en cours de stage).*

Autorisez-vous la communication de vos coordonnées si des membres de la CAP souhaitent vous contacter?

Oui

Tél portable :

Adresse mail :

Non

*Cocher la case correspondante

Fait à Le/...../20.....

Signature de l'agent :