

## Saisine de la CAP pour insuffisance professionnelle du stagiaire

Date d'effet de la demande : .....

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

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,...) \_\_\_\_\_

<b>Informations de l'agent</b>	<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

<b>Éléments constitutifs du dossier</b>	<input type="checkbox"/> Rapport circonstancié obligatoire de l'autorité territoriale dûment 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		
Éléments	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>		

<b>Formations</b>	<p>Formation obligatoire d'intégration :</p> <p><input type="checkbox"/> L'agent a terminé sa formation d'intégration : <i>joindre l'attestation du CNFPT</i></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 : <i>joindre l'attestation du CNFPT</i></p> <p><b>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)</b></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

<b>Prorogations antérieures</b>	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 :

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

# 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 :