



## Centre de Gestion de Haute-Saône

### SAISINE DE LA CAP POUR AVIS SUR UNE SUPPRESSION D'EMPLOI (AVEC MAINTIEN EN SURNOMBRE OU LICENCIEMENT)

Articles 30 et 97 de la loi n°84-53

CAP compétente de :  catégorie A  
 catégorie B  
 catégorie C

#### 1. Identification de la collectivité ou établissement employeur :

(collectivité ou établissement dans laquelle l'agent effectue le plus grand nombre d'heures)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom de l'autorité : \_\_\_\_\_

Personne en charge du suivi du dossier (nom, coordonnées téléphoniques et adresse mail) :

\_\_\_\_\_

#### 2. Identification de l'agent concerné :

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_

Durée hebdomadaire de travail : \_\_\_\_\_ / 35<sup>ème</sup>

#### 3. Information concernant la suppression d'emploi :

Date à laquelle l'emploi sera supprimé : \_\_\_\_\_

Conséquence pour l'agent :  maintien en surnombre lorsqu'aucun emploi n'est vacant  
(fonctionnaire titulaire à plus de 17h30)

licenciement (fonctionnaire stagiaire ou titulaire à moins de  
17h30)

Motifs de la suppression de l'emploi :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

**L'autorité territoriale**  
(prénom, nom, signature et cachet)

#### Pièces à joindre :

- copie du dossier soumis au Comité Technique et avis du Comité Technique.