

COLLECTIVITE :

Service(s) concerné(s) :

.....
.....
.....
.....

Présentation du projet de réorganisation du (ou des) service(s) :

.....
.....
.....
.....
.....

Objectif(s) du projet de réorganisation du (ou des) service(s) :

.....
.....
.....
.....

Modification(s) consécutive(s) au projet de réorganisation du (ou des) service(s) :

(Ces modifications peuvent faire l'objet d'une saisine du Comité Social Territorial séparée)

- Modification du protocole ARTT :** Oui Non
- Modification de l'organigramme :** Oui Non
- Modification du tableau des emplois :** Oui Non
- Modification de fiche de poste :** Oui Non
- Modification du règlement intérieur :** Oui Non
- Autre(s), précisez :**

.....
.....
.....
.....

Emploi(s) concerné(s) par le projet de réorganisation :

(en cas de suppression, de modification de la structure des emplois ou de variations de la durée du temps de travail, joindre le (ou les) imprimé(s) de saisine du Comité Social Territorial correspondant(s))

Emploi	Intitulé de l'emploi	Grade	Durée hebdomadaire	Missions et activités	Remarque(s)
1					
2					
3					
...					

Date d'effet du projet :

.....

Concernant le projet de réorganisation, l'avis du Comité Social Territorial est requis pour la (ou les) question(s) suivante(s) :

- ①
- ②
- ③
- ④

Le cas échéant, joindre à cet imprimé les documents complémentaires nécessaires pour la bonne compréhension du projet (projet de délibération, convention, tableau des effectifs, fiches de poste, organigramme...)

Fait à
Le
Le Maire, le Président,