



# COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

Catégorie  A  B  C  D

## Prolongation d'activité – Haut niveau de technicité

(la demande de prolongation d'activité doit être présentée au plus tard trois mois avant le soixante-deuxième anniversaire de l'agent)

\*\*\*\*\*

Collectivité / Établissement : .....

### SAISINE :

Lorsqu'il occupe des fonctions nécessitant un haut niveau de technicité ou difficiles à pourvoir du fait de la situation géographique du poste occupé, sur demande de son autorité hiérarchique, après avis de la commission administrative paritaire compétente, dans la limite de huit ans.

### AGENT :

Nom de naissance :		Nom d'usage :	
Prénom(s) :			
Date de naissance	___/___/_____		
Date de nomination ou intégration :	___/___/_____	Date de titularisation :	___/___/_____
Spécialité :	<input type="checkbox"/> Administrative	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Sécurité civile <input type="checkbox"/> Sécurité publique
Grade :			
Fonction :			
Temps de travail :	<input type="checkbox"/> Temps complet	<input type="checkbox"/> Temps non complet ( <i>préciser</i> ) : .....h / semaine	

Date et signature de l'agent :

Joindre au présent formulaire :

- courrier de l'agent sollicitant sa demande ;
- courrier de l'administration d'origine.
- documents justifiant la saisine

Personne référente en charge du dossier	
Nom Prénom :	
Téléphone	Courriel :

### AVIS DE LA COLLECTIVITÉ ou DE L'ÉTABLISSEMENT :

Favorable  Défavorable

Observation : .....

Date et signature de l'autorité de nomination :

### AVIS de la CAP du .....

- Avis favorable à l'unanimité
- Avis favorable : votes pour ..... Votes contre ..... Abstentions .....
- Avis défavorable : votes pour ..... Votes contre ..... Abstentions .....

Observation : .....

Le Président de la CAP