

**SAISINE DE LA C.C.P. Catégorie : A B C**

[cap-ccp@cdg30.fr](mailto:cap-ccp@cdg30.fr)

**CONDITIONS D'EXERCICE DES FONCTIONS**

*(art. 20 décret n° 2016-1858 du 23 déc. 2016)*

**Motif de la demande d'avis (cocher la case correspondante)**

Refus de temps partiel  
*(art. 20 décret n° 2016-1858 du 23 déc. 2016)*

Litiges sur les modalités d'exercice du travail à temps partiel  
*(art. 20 décret n° 2016-1858 du 23 déc. 2016)*

Refus opposé à une demande de télétravail (initiale ou renouvellement)  
*(art. 20 décret n° 2016-1858 du 23 déc. 2016)*

Interruption du télétravail  
*(art. 20 décret n° 2016-1858 du 23 déc. 2016)*

<b>Collectivité :</b>
NOM – Prénom de l'agent :
Type de contrat :
Renseignements divers :

Certifié conforme (cachet et signature de l'autorité)

À

le

**Pièces à joindre au formulaire de saisine : rapport circonstancié motivant la saisine et tout autre document que l'autorité territoriale juge utile à l'appréciation des membres.**