



**IMPRIMÉ DE SAISINE POUR INFORMATION  
COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE  
RECLASSEMENT**

COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE :    A     B     C

**IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Nom : .....

Personne chargée du suivi du dossier : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....@.....

**IDENTIFICATION DE L'AGENT CONCERNÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

Catégorie hiérarchique : .....Emploi : .....

Téléphone\* : ..... E-mail\* : .....@.....

*\* Ces informations seront transmises aux représentants du personnel afin qu'ils puissent contacter l'agent, le cas échéant*

**PIÈCES À FOURNIR AU CENTRE DE GESTION**

- Imprimé de saisine dûment complété
- Copie de la demande de reclassement de l'agent
- Justificatif de l'autorité territoriale sur les moyens mis en œuvre pour la recherche d'un reclassement et sur les motifs de l'échec de la procédure

Fait à ....., le .....

L'autorité territoriale,  
(signature et cachet)

**DOSSIER À TRANSMETTRE AU PÔLE GESTION STATUTAIRE DU CENTRE DE GESTION SOIT :**

par voie électronique : [Statut@cdg-64.fr](mailto:Statut@cdg-64.fr)

par voie postale (adresse mentionnée ci-dessous)