

Service Missions Temporaires
Demande de mise à disposition d'un agent

En application de l'article L452-44 du code général de la Fonction Publique, autorisant les Centres de Gestion à recruter des agents en vue d'assurer le remplacement d'agents titulaires momentanément indisponibles ou d'assurer des missions temporaires

Collectivité :
Adresse :
Personne à contacter :
N° de tél. : Adresse mail :

Engagement de M..... Prolongation de M.....

Motif de la demande

- Remplacement d'un agent absent ou indisponible (maladie/congé annuel/maternité...)
- Besoin occasionnel (surcharge d'activité...)
- Besoin saisonnier
- Besoin de continuité de service dans l'attente d'un recrutement d'un fonctionnaire
- Autre (précisez) :

Modalités de la mission

Fonctions :
Période du remplacement : du au
Durée hebdomadaire :
Jours de travail :
Horaire de travail :
.....
Lieu de la mission :

Période d'essai

Période d'essai à prévoir : Oui Non

Si oui, veuillez préciser la durée :

La période d'essai peut-être modulée à raison d'un jour ouvré par semaine de durée de contrat, dans la limite :
- de 3 semaines lorsque la durée initialement prévue au contrat est inférieure à 6 mois,
- d'1 mois lorsque la durée initialement prévue au contrat est égale à 6 mois et inférieure à 1 an,
- de 2 mois lorsque la durée initialement prévue au contrat est égale à 1 an et inférieure à 2 ans,
- de 3 mois lorsque la durée initialement prévue au contrat est supérieure ou égale à 2 ans.
La période d'essai peut être renouvelée une fois pour une durée au plus égale à sa durée initiale.

Modalités de la rémunération

Grade :

Echelon :

Indice Brut : Indice Majoré :

Souhaitez-vous accorder à l'agent suppléant du régime indemnitaire ?

Oui Non

Si oui, merci d'indiquer le montant brut mensuel attribué :.....

Remboursement au Centre de Gestion

- Le traitement brut de l'agent + les charges sociales patronales. Sont compris notamment le supplément familial, diverses primes et indemnités si l'agent en bénéficie, les congés payés et la cotisation ASSEDIC ; avec :
 - une majoration de 6% pour les contrats supérieurs ou égaux à 3 mois,
 - une majoration de 8% pour les contrats inférieurs à 3 mois
 (ce taux est appliqué à toutes les collectivités et établissements publics, affiliés ou non au centre de Gestion)
- un déplacement aller/retour par jour de travail payé à l'agent, au-delà de 5 kilomètres effectués, soit de la résidence administrative au lieu de la mission, soit de la résidence de l'agent au lieu de la mission (lorsque celle-ci est plus proche du lieu de la mission)
- le montant de l'indemnité de fin de contrat égale à 10% de la rémunération brute globale perçue par l'agent au titre de tous ses contrats (contrat initial + les renouvellements) (1).



(1) Suite au décret n°2020-1296 du 23 octobre 2020, à compter du 1^{er} janvier 2021, une indemnité de fin de contrat est versée aux agent agents contractuels selon les conditions suivantes :

- l'indemnité n'est versée que lorsque le contrat est exécuté jusqu'à son terme
- la durée du contrat initial avec les renouvellements doit être inférieure ou égale à 1 an
- la rémunération brute globale versée à l'agent ne doit pas être supérieure à 2 fois le montant du SMIC.

Les conditions d'exclusion :

- l'agent refuse un CDI pour occuper le même emploi ou un emploi similaire auprès du même employeur avec une rémunération au moins équivalente
- l'agent à l'issue du contrat est nommé stagiaire suite à la réussite d'un concours
- le contrat de l'agent est renouvelé
- l'agent conclu un nouveau contrat en CDD ou en CDI au sein de la F.P.T.
- une rupture anticipée du contrat à l'initiative de l'agent ou de la collectivité
- l'agent est recruté sur un emploi saisonnier.

Fait à

Cachet et signature

Le

Vos coordonnées :

M Mme

Nom marital :Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance :/...../.....à..... Département :

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Concubin Pacsé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Adresse :

Code postal :Ville :

N° de téléphone :

Adresse mail :

N° de sécurité sociale :

Votre nationalité :

Française

Un état relevant de la CEE

Autre nationalité

Vos enfants :

Enfant(s) à charge de moins de 20 ans

Nom	Prénom	Date de naissance

Votre conjoint(e) ou concubin(e) :

Nom :Prénom :

Date de mariage ou du PACS :/...../.....

Date de dissolution du mariage ou du PACS :/...../.....

Je soussigné(e),.....déclare sur l'honneur que mon (ma) conjoint(e) / mon (ma) concubin(e) :

- n'exerce pas de profession salariée
- exerce une profession salariée Nom de l'employeur :
- perçoit le supplément familial de traitement
- et
- ne perçoit pas le supplément familial de traitement

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e),m'engage à signaler tous les changements modifiant ma situation de famille.

Date et signature de l'agent :

Documents à transmettre lors de l'engagement

- ✓ copie de la carte d'identité (recto-verso)
- ✓ copie de la carte vitale ou de l'attestation de sécurité sociale
- ✓ un R.I.B
- ✓ copie de la carte grise

Si enfant(s) à charge :

- ✓ copie intégrale du livret de famille
- ✓ pour les enfants à charge qui ont entre 16 et 20 ans, le certificat de scolarité de l'année en cours, certificat d'apprentissage, contrat de travail ou attestation assédic
- ✓ en cas de séparation, la copie du jugement précisant la résidence de votre ou vos enfant(s)