

**Fiche de saisine**

**Mission Assistance à l’action administrative**

**Je soussigné(e) Madame/Monsieur :** ……………………………………………………………………

**Qualité Maire/Président) :**.........................................................................................................................

**Collectivité** : .......................................................................................................................................

**Adresse**: ………………………………………………………………………………………………………

**Code postal**:…………….. **Ville** : …………………………………………………………………………

Le cas échéant, dénomination de l’établissement secondaire ou du budget annexe concerné par la mission : ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..............................................................

Numéro SIRET de l’établissement (principal ou secondaire) ou du budget à facturer : ............................................................................................................................................................

**Contact chargé du dossier** : ..........................................................................................................

Téléphone : ........................................................................ Courriel : .................................................

**Sollicite l’intervention du Centre de Gestion de la Charente-Maritime pour la mise en place d’une assistance à l’action administrative.**

**Choisit le niveau d’intervention (cocher la case correspondante au choix retenu) :**

**Niveau 1 : Intervention téléphonique ou par mail de premier niveau (forfait de 2h30/an) pour les collectivités de moins de 3500 habitants.**

**Niveau 2 : Assistance et conseils ponctuels.**

**Pour la réalisation du niveau 2 « Assistance et conseils ponctuels », merci de préciser votre besoin :**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Engage les services de la collectivité à remettre au CDG17 l’ensemble des documents et informations nécessaires à l’exécution de la prestation.**

**Engage la collectivité à régler pour exécution de la prestation le ou les titres de recettes qui sera/seront transmis par le CDG17.**

Fait à ..................................................................., le ......... / ......... / .........

Cachet et signature de l’autorité territoriale

Les informations recueillies à partir du présent formulaire font l’objet d’un traitement informatique destiné aux services du Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Charente-Maritime, afin de mettre en place la mission d’assistance à l’action administrative, réaliser la mission demandée et la facturation correspondante.

Les données sont conservées pendant 5 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : [dpd@cdg17.fr](mailto:dpd@cdg17.fr)

**Une image contenant texte, Police, conception

Description générée automatiquement**Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vo**Une image contenant texte, Police, conception

Description générée automatiquement**s droits sur le site de la CNIL ([https://www.cnil.fr/).](https://www.cnil.fr/)

|  |
| --- |
| **Fiche à renvoyer complétée et signée à :**  **CENTRE DE GESTION 17 - Service Emploi –**  **85 Boulevard de la République - CS 50002 - 17076 LA ROCHELLE CEDEX 9**  **Ou**  **Par courriel : emploi@cdg17.fr** |