**Fiche de saisine**

**Fiche de saisine**

**Mission Accompagnement au maintien**

**dans l’emploi**

**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/les intervention(s) suivante(s) :**

[ ]  **Rendez-vous « maintien dans l’emploi »**

[ ] **Etude ergonomique individuelle de maintien dans l’emploi des agents en situation de handicap (collectivités affiliées relevant du cadre de conventionnement entre le CDG17 et le FIPHFP)**

**En fonction du besoin, liste des éléments complémentaires à produire ou pièces justificatives attendues pour la réalisation de la mission :**

* Descriptif de la problématique à traiter (saisine des instances, retour à l’emploi, aménagement/réaffectation/reclassement…)
* Périmètre de l’intervention : service, poste de travail, agent(s) concerné(s), statut de l’agent
* Contraintes particulières dans la mise en œuvre de l’intervention
* **Préconisation écrite récente du médecin du travail** pour une étude ergonomique avec formalisation des restrictions/contre-indications médicales et mesures nécessaires.

[ ]  **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 titre(s) 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 Accompagnement pour le maintien dans l’emploi, 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

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.([https://www.cnil.fr/).](https://www.cnil.fr/)  ****

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