

SERVICE AGENTS INTERIMAIRES

service.emploi@cdg82.fr

|  |
| --- |
| **Collectivité : …………………………………………………………………………………………….** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de Demande :** | **Intervention initiale**  **Heures complémentaires**  **Prolongation d'intervention** |  | **Type de mission :** | **Administrative**  **ATSEM** |

**Motif de la demande d'intervention :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Congé maladie | Congé annuel | Besoin saisonnier | Besoin occasionnel |
| Congé parental | Autre (précisez) : ……………………………………………………………….. | | |

**Lieu d’intervention :** **…………………………………………………………………………………………**

**Période : du : ……………….** **au : ……………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jours et horaires de travail souhaités :** | **Lundi** | de | à | et | de | à |
| **Mardi** | de | à | et | de | à |
| **Mercredi** | de | à | et | de | à |
| **Jeudi** | de | à | et | de | à |
| **Vendredi** | de | à | et | de | à |
| **Samedi** | de | à | et | de | à |
| **Dimanche** | de | à | et | de | à |

**Soit,** .. **heures / semaine\*. Et,** .. **heures sur l'ensemble de la période**

**Accepteriez-vous que, pour la période envisagée, les jours d’ouverture habituels de votre collectivité soient modifiés ?**  **oui**  **non**

**Missions assurées par l’agent :**

**IMPORTANT :**

**Il vous appartient de mettre en œuvre, dès l'arrivée de l'agent missionné, toutes les mesures de protection nécessaires et lui fournir une dotation en masques + gants + gel hydroalcoolique.**

**En effet, en l'absence de dotation complète, l'intervention ne pourrait avoir lieu.**

**Nous comptons sur votre engagement et en cas de problème, merci de nous contacter au 05.63.21.62.00**

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à……………………………,  le ……………………….........… | Cachet de la collectivité et signature : |

*\*: Le temps de travail excédant la durée légale hebdomadaire (35 heures) sera rémunéré en heures supplémentaires.*