****

**DEMANDE**

**D’INTERVENTION**

|  |
| --- |
| **Pôle Concours – Emploi – Mobilité** **Service Intérim Territorial**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Collectivité / Etablissement** | **Session** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de demande | 🞏 Intervention initiale🞏 Heures complémentaires🞏 Prolongation d'intervention |  | Type de mission | 🞏 Administrative🞏 ATSEM |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Motif de la demande d’intervention | 🞏 Congé annuel🞏 Congé maladie🞏 Congé parental | 🞏 Besoin saisonnier/occasionnel🞏 Autre (précisez) : ……………………………………………….………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Lieu d’intervention  | Session |
| 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 *Le temps de travail excédant la durée légale hebdomadaire (35 heures) sera rémunéré en heures supplémentaires.* |
| 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 + 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 : |