

**REORGANISATION DE SERVICE(S) ENTRAINANT LA MODIFICATION DE L’ORGANIGRAMME**

**Nom de la collectivité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre d'habitants (ou strate démographique) | Nombre d'agents titulaires | Nombre d'agents non-titulaires | Nombre d'agents stagiaires |
|  |  |  |  |

**Référent :**

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

**1 – Projet de réorganisation (indiquer le ou les service-s concerné-s)**

Date d’entrée en vigueur du projet :

Quels sont les éléments motivant le projet (*merci de détailler le plus précisément possible)* ?

Quelles sont les modifications principales apportées à l’organisation des services ?

**2 – Impact sur les personnels**

Préciser les impacts du projet sur les personnels

*(effectifs concernés, suppressions et/ou changements d’emploi, missions, changement de lieu d’exercice du travail, conditions de travail, impacts sur la rémunération et conditions salariales)*

Délais de réalisation :

**3 – Concertation avec les personnels**

Les agents concernés ont-ils été associés en amont ?

[ ]  Non

[ ]  Oui

Si oui par quel moyen (entretiens individuels, réunions, participation à un groupe de travail) ?

Les agents concernés sont-ils informés sur le projet ?

[ ]  Non

[ ]  Oui

Si oui, quelles sont les modalités d’information du personnel (courriers, note de service, réunions, etc…)

Quelles mesures d’accompagnement en direction des personnels avez-vous prévues pour la mise en œuvre du projet ?