**Formulaire Service de remplacement 2024**

|  |
| --- |
| **La collectivité ou l’établissement** |
| **Collectivité/Etablissement** |  |
| **Nom du Maire ou Président(e)** |  |
| **Commune** |  |
| **Adresse** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail :** |
| **Coordonnées du maire** |  |  |

|  |
| --- |
| **La demande d’intervention** |
| **Nombre de jours ou périodicité demandés** ***et*****Mois demandés** | ……………………………………………………………..…………………….et …………………………………………………………………..………………  |
| **Nature du remplacement** | □ Congé Maladie □ Congé maternité □ Congé parental □ Aide administrative □ Montée en compétence □ Autres cas/précisions : …………………………………………………..…………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………….. |
| **Logiciel compta-paie (mention obligatoire)** |  |

 **En raison d’une forte demande du service de remplacement, merci de prendre contact avec le CDG 36 dès que la date du début du congé est connue.**



|  |
| --- |
| **Conditions de service** |
| **Coût à la journée du service** **en 2024** (CA 28/11/2023) | 230,00 € | Comprend, pour partie, le traitement du secrétaire itinérant, les frais de déplacement et de repas |
| **Horaires** | 9h00 – 16h30 | Pause déjeuner de 30 minutes |
| **Les remplacements s’effectuent par journées entières et aux horaires indiqués** |

*Le ……… / ……… / ………*

**Formulaire à retourner au Centre de Gestion de l’Indre par mail**

**cdgindre@cdg36.fr**

*Cachet signature de la collectivité*