

FORMULAIRE D'INDEMNITÉ DE RESPONSABILITÉ

Nom de l'agent: _____ Fiche de salaire N° _____

Titre du Poste: _____ Échelon: _____

Poste N° _____

Charges supplémentaires demandées à l'agent en plus de ses fonctions et charges habituelles.
(Veuillez joindre une copie de la description de fonction de l'agent):

Ces charges supplémentaires sont elles assurées actuellement dans le Service ? Oui ou Non
(Veuillez entourer) Si OUI, qui assume actuellement les fonctions ?

Nom de l'agent: _____ Titre du Poste: _____

Poste N° _____ Échelon : _____

(Veuillez joindre une copie du descriptif de poste de l'agent)

Pourquoi doit-on céder ces charges à l'agent désigné pour recevoir les indemnités ? _____

Je recommande par la présente d'accorder à l'agent une indemnité de responsabilité de _____ VT par an en plus de son salaire d'attache pour la période de _____ à _____
(Cette période ne doit pas excéder six mois)

Directeur - Nom: _____ **Signature:** _____

Service: _____ **Date:** _____

J'appuie la recommandation du Directeur

Directeur général - Nom: _____ **Signature** _____

Ministère: _____ **Date:** _____

RÉSERVÉ AU SECRÉTAIRE DE LA CFP

APPROUVÉE: OUI ou NON (Entourer la bonne réponse) **Date de la réunion CFP :** _____

Secrétaire – Nom: _____ **Signature:** _____