|  |
| --- |
| **Changement d’échelon pour les agents promouvables en 2021**  **(par l’évaluateur)** |
| **Dans le cadre de l'avancement différencié**, les résultats professionnels obtenus par l'agent depuis son dernier avancement d’échelon, au regard des objectifs assignés et des conditions d'organisation et de fonctionnement du service dont il relève, font que je sollicite **un avancement d’échelon** à la :  durée minimale  durée moyenne  durée maximale     * **Durée validée par l’employeur ou son représentant :**   *(à compléter si l’avis de l’employeur est différent de l’avis du manager)*    durée minimale  durée moyenne  durée maximale  Date :  Signature : |

|  |
| --- |
| **Rapport circonstancié pour les demandes d’avancement d’échelon à la durée minimale ou maximale**  **(obligatoire)** |
| * Votre demande doit être étayée par un rapport détaillé, **impérativement illustré par des exemples factuels et concrets**. |
| **Commentaires éventuels de l’évalué concernant la proposition** |
|
|  |