****

|  |
| --- |
| **IMPORTANT : Ce formulaire doit être rempli par l’employeur et transmis à la DRHFPNC/SGCF et à la CLR dès accord concerté concernant la rupture conventionnelle** |

**Situation de l’agent (à remplir par l’agent) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Employeur : |  |
| Nom/Prénom : |  |
| Corps/cadre d’emploi de recrutement : |  |
| Date d’entrée dans la fonction publique : |  |
| Adresse : |  |
| Adresse à laquelle vous pourrez être contacté lorsque vous aurez été radié : |  |
| Adresse e-mail : |  |

**Condition de rupture conventionnelle (à remplir par l’employeur) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Demandeur : | ❑ Employeur ❑ Agent |
| Date de la demande : |  |
| Date(s) de(s) l’entretien(s) : |  |
| Avis favorable à la rupture conventionnelle : | ❑ Oui ❑ Non |
| Montant de l’indemnité : |  |
| Date de signature de la convention : |  |
| Date de cessation définitive de fonctions (au plus tôt 15 jours francs suivant la date de signature de la convention) : |  |

**Pièces à fournir (à remplir par l'employeur) :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Copie de la demande de rupture conventionnelle |
|  | Copie de la convention de rupture conventionnelle |

**Réception par la DRHFPNC :**

Date et signature :

*Références : Art 2 Loi du pays n° 2021-9 du 2 décembre 2021 portant création d’un dispositif de rupture conventionnelle dans la fonction publique*