Formulaire

Références statutaires

|  |
| --- |
| * Vu la délibération n° 182 du 4 novembre 2021, prise en application du titre IV de la loi du pays n° 2021-4 du 12 mai 2021 *relative à la fonction publique Nouvelle-Calédonie* ;
* Vu le titre IV portant les dispositions *relatives aux contractuels de la fonction publique de Nouvelle-Calédonie* de la loi du pays n° 2021-4 du 12 mai 2021 *relative à la fonction publique Nouvelle-Calédonie*.
 |

Définition et conditions

|  |
| --- |
| Le droit d’option est une procédure permettant à l’agent contractuel de droit public de conserver les dispositions applicables à sa rémunération précédente plutôt que d’être reclassé dans la grille correspondant à son emploi. Il fait l’objet d’une demande de l'intéressé par le biais de ce formulaire et réceptionnée par l’employeur.Ce droit s’exerce réglementairement à compter du 1er mai 2022, date de reclassement dans les nouvelles grilles indiciaires.**Pour en bénéficier, la demande doit être transmise à la DRHFPNC** **avant le 31 juillet 2022** |

Toutefois, au regard des éléments communiqués individuellement, les demandes de maintien des conditions salariales antérieures sont prises en compte dès réception du présent formulaire et ce même avant la date de reclassement.

Informations de l’agent

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom : | ⬜ M. ⬜ Mme  |
| Nom de jeune fille : |  |
| Date et lieu de naissance : |  |
| Direction : |  |
| Emploi occupé :  |  |

Conditions de reclassement

|  |  |
| --- | --- |
| Situation actuelle | Situation à venir |
| INM :IB :Salaire brut :Salaire net :  | Grille de reclassement :INM :IB :Salaire brut :Salaire net : |

cf. grilles indiciaires ci-jointes

Exercice du droit d’option

⬜ Je sollicite le maintien de ma rémunération antérieure à mon reclassement ainsi que les évolutions afférentes jusqu’au jour où je bénéficie, dans ma nouvelle grille, d’un indice brut égal ou supérieur à celui que j’aurais à ce moment-là.

Observations éventuelles de l’agent : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné(e), certifie sur l’honneur l’exactitude des informations portées sur le présent imprimé et reconnais être informé(e) des conditions susvisées.

A , le : Signature :

Accusé de réception de l’employeur

⬜ Date de réception à la DRHFPNC : ……………………………………………………………..

⬜ La prise en compte du droit d’option daté du…………….., fait l’objet de modification

Observations éventuelles : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A , le : Signature :