

# ETAT DETAILLE DES SERVICES PUBLICS EFFECTIFS

## EXAMEN PROFESSIONNEL DE PROMOTION INTERNE D'AGENT DE MAÎTRISE - SESSION 2025

Ce document est à faire compléter par votre employeur

Je soussigné(e)<sup>(1)</sup> .....

certifie que M .....

employé(e) dans mon administration depuis le : .....

a accompli les services publics effectifs suivants :

| Dates   | Grades ou emplois | Qualité <sup>(2)</sup> | Collectivité/<br>Etablissement/<br>Administration <sup>(6)</sup> | DURÉE <sup>(3)</sup> |      |      | Durée<br>hebdomadaire<br>de service <sup>(4)</sup> | Situation<br>Position <sup>(5)</sup> |
|---|-------------------|------------------------|--|----------------------|------|------|--|--------------------------------------|
|   |                   |                        |  | An(s)                | Mois | Jour |  |                                      |
|   |                   |                        |  |                      |      |      |  |                                      |
|   |                   |                        |  |                      |      |      |  |                                      |
|   |                   |                        |  |                      |      |      |  |                                      |
|   |                   |                        |  |                      |      |      |  |                                      |
|   |                   |                        |  |                      |      |      |  |                                      |
| <b>TOTAL (Réservé au service des concours du CDG)</b> |                   |                        |  |                      |      |      |  |                                      |

Situation actuelle : Grade .....

(7) Titulaire  Stagiaire

Echelon ..... depuis le .....

Sera en activité le jour de la clôture des inscriptions, soit le 17 octobre 2024.

(7)

OUI  NON

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

à ..... le .....

Cachet et signature de l'autorité,

<sup>(1)</sup> Ce document doit être signé par le Maire ou le Président ou une personne agissant par délégation de signature

<sup>(2)</sup> Services accomplis en qualité de titulaire ou stagiaire UNIQUEMENT

(seules ces périodes sont prises en compte)

<sup>(3)</sup> Compte non tenu des périodes de stage ou de formation dans une école

ou un établissement donnant accès à un grade de la fonction publique.

<sup>(4)</sup> Préciser : temps complet/ durée hebdomadaire pour temps non complet

<sup>(5)</sup> Activité, disponibilité, détachement, mise à disposition, congé parental,

congé longue maladie, congé longue durée, autres..

<sup>(6)</sup> En cas de multiplicité d'employeurs (agent intercommunaux, par exemple)

renseigner des lignes distinctes pour chaque employeur ou remplir un état par employeur.

<sup>(7)</sup> Cocher la case correspondante.