**ÉTAT DES SERVICES**

**Document à faire compléter et signer par votre employeur**

(Autorité territoriale investie du pouvoir de nomination. En cas de pluralité d’employeurs fournir un état des services par employeur)

**NOM :** ………………………………………… **PRÉNOM :** …………………………………. **, né(e) le :** ........./..….../………

**Toutes les colonnes du tableau doivent être OBLIGATOIREMENT renseignées pour la bonne instruction du dossier du candidat. Il est inutile de retracer la carrière complète du candidat, seules les indications récentes permettant de valider la condition d’ancienneté nécessaire à l’inscription à ce concours interne sont utiles.** (Etre fonctionnaire ou agent public de la fonction publique territoriale, étatique ou hospitalière (article 2 de la loi n°86-33 du 09/01/1986) ou des établissements publics qui en dépendent OU militaire OU agent en fonction dans une organisation internationale intergouvernementale à la date de clôture des inscriptions (17/11/2023) ET compter au moins quatre ans de services publics au 01/01/2024 ET être titulaire d’une qualification de chef d’équipe de sapeurs-pompiers professionnels ou de professionnalisation du caporal de sapeur-pompier professionnel ou reconnue comme équivalente par la commission compétente mentionnée à l’article 1er de l’arrêté du 15 juillet 2022 ;

OUjustifier de quatre ans de services auprès d'une administration, un organisme ou un établissement mentionnés au deuxième alinéa du 2° de l'article 36 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 au 1er janvier 2022).

**Le candidat, agent contractuel, doit fournir les copies des contrats et certificats de travail correspondant aux périodes reportées dans le tableau ci-dessous.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Employeur** | **Grade** | **Qualité**(1) | **Echelon** | **Période****Du Au** | **Durée** | **Durée hebdo de travail de l’agent** (2) | **Situation Position**(3) | **Temps complet de la collectivité**(4) |
| **E X E M P L E** |
| ***SDIS 54*** | ***Caporal-chef*** | ***Titulaire*** | ***5*** | ***18/05/17*** | ***17/05/18*** | ***1 an*** | ***35h*** | ***Activité*** | ***35h*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Cochez impérativement la case ci-dessous correspondant à la situation de l’agent sinon le dossier de cet agent sera considéré comme incomplet.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sera en activité au jour de la clôture des inscriptions : le 17 novembre 2023** | **❑ OUI****❑ NON** |

(1) : Titulaire, stagiaire, contractuel, CES, CEC, emploi d’avenir, emploi jeune ou PACTE, etc.

(2) : Pour les quatre années de services requises, les périodes pendant lesquelles la durée hebdomadaire de service a été inférieure à un mi temps seront proratisées (19h30 si temps complet à 39h ou 17h30 si temps complet à 35h) selon la méthode de calcul ci-après :

la durée hebdomadaire effectuée par l’agent x le nombre de mois

---------------------------------------------------------------------------------------- = la durée en mois à convertir en année

 la durée hebdomadaire de la collectivité (39 h ou 35 h)

 (3) : Activité – Disponibilité – Détachement – Mise à disposition – Congé parental – Congé longue maladie – Congé grave maladie – Congé longue durée – Autres (à préciser).

(4) : A préciser pour chacune des périodes concernées.

|  |  |
| --- | --- |
| **Certifié exact par l’autorité territoriale investie du pouvoir de nomination,****Fait à ………………………………………le ..………………****Signature de l’employeur public (Maire, Président, etc.)** ou autre personne habilitée par délégation. **Préciser les nom, prénom et qualité du signataire.** | **Cachet de l’employeur public** |

***🡪 Pièce à transmettre dans votre espace sécurisé au plus tard le 08/03/2024.***