



MTS

LIGNE 10

**DEMANDE DE PERMUTATION DE SERVICE**

DATE :

*(À présenter au sous – chef de terminus)*

Pour la semaine	du	au
Pour la phase DF	du	au
Pour la journée	du	au
Pour les journées	du	au

**ENTRE**

	1 <sup>er</sup> agent	2 <sup>ème</sup> agent
Nom		
Matricule		
Repos		
Service prévu		
Signature		

**Les permutations se font sans dérogation ni compensation. Les permutants s'engagent à ne pas avoir d'indisponibilité pendant la période concernée et à ne pas revenir sur la permutation accordée.**

**IMPORTANT :**

- la permutation est annulée si l'un des deux agents est malade ou accidenté
- la permutation est refusée si :
  - l'un des deux agents a un ou plusieurs congés d'urgence avant la permutation effective,
  - l'un des deux agents est consultant (consultation prévue avant permutation),
  - l'un des deux agents n'est pas en position de travail,
  - elle concerne ou implique plus de deux personnes,
  - elle n'est pas établie au minimum 6 jours avant le début de la période concernée.

**REPONSE (copie de la feuille entière aux 2 agents concernés):**

Avis hiérarchique OUI ☐ NON ☐

Réponse secrétariat OUI ☐ NON ☐

Date de transmission au secrétariat :