#### *MINISTERE DE L’EDUCATION NATIONALE, DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE*

**FICHE DE**

**PROPOSITION D’UNE REDUCTION OU MAJORATION D’ANCIENNETE D’ECHELON**

**2015 – 2016**

|  |  |
| --- | --- |
| Ministère de l’éducation nationalede l’enseignement supérieur et de la recherche Bureau DGRHC2-1  72 rue Regnault – 75013 Paris | **Corps concernés**  MEDECINS EDUCATION NATIONALE (catégorie A) |

**Rappel** : Il est demandé aux supérieurs hiérarchiques directs d’émettre un avis, favorable ou non, à l’octroi d’une réduction d’ancienneté d’échelon (1 ou 2 mois), sans toutefois préciser de souhait particulier quant au nombre de mois qu’il conviendrait d’octroyer à l’agent ayant bénéficié d’un entretien professionnel.

|  |
| --- |
| **Nom d’usage de l’agent** :  Prénom :  Date de naissance :  Téléphone :  Courriel :  **Corps-grade** :  Echelon et date de promotion dans l’échelon :  / /  Date de l’entretien professionnel : |

**Avis du supérieur hiérarchique direct ayant conduit l’entretien professionnel :**

**Rappel** : la formulation de l’avis doit être en cohérence avec le compte rendu de l’entretien professionnel.

🞎 **Favorable** à l’attribution d’une réduction d’ancienneté

🞎 **Défavorable** à l’attribution d’une réduction d’ancienneté

Si votre avis est défavorable, souhaitez-vous que soit attribuée une majoration d’ancienneté : 🞎 Oui 🞎 Non

(Rappel : en cas de demande de majoration, il conviendra d’une part de motiver cette demande et d’autre part d’en informer préalablement l’agent).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM du supérieur hiérarchique** | **Fonction** | **Signature** | **Date** |