CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DE L'HÉRAULT

DEMANDE D'AUTORISATION SPÉCIALE D'ABSENCE

SERVICE REMPLACEMENT

Collectivité ou établissement public :

.....

Identification de l'agent :

.....

Date du contrat initial :

.....

Durée de travail: ☐ : Temps complet ☐ : Temps non complet, durée hebdomadaire : ……..

M. ou Mme …….. sollicite une autorisation d'absence pour la période du …….…… au 3 avril 2020.

Motif : ☒ dispositions gouvernementales mise en place suite au COVID_19.

Fait à …….…… , le ……

Signature de l'agent

Autorisation acceptée : ☐ Oui ☐ Non Le …… Cachet et signature de l'autorité territoriale	Montpellier, le ……. Le Président du CDG 34 Christian BILHAC