

FORMULAIRE DE CONFIRMATION DES AGENTS GREVISTES



SERVICE DEPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

Groupeement des Ressources Humaines
Service GE.T.T.E.R.

NOM	PRENOM	PATS	SPP-SHR	MIXTE	Date	VOLUME HORAIRE DE LA GREVE DE L'AGENT

Préavis de grève déposé pour la
période du :

GROUPEMENT / CENTRE / SERVICE :

A transmettre à l'Etat-Major avant 09h30 :
Au Groupeement des Ressources Humaines –
Service GE.T.T.E.R.

FORMULAIRE DE CONFIRMATION DES AGENTS GREVISTES

Certifie l'exactitude des renseignements donnés.
(Signature du chef ou adjoint de groupement/centre/service/pôle)
Date et cachet.