**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 L.325-3 du Code générale de la fonction publique) OU militaire OU agent en fonction dans une organisation internationale intergouvernementale **ET** compter au moins 4 ans de services publics au 01/01/2026 OU Justifier de 4 ans de services auprès d'une administration, un organisme ou un établissement d’un Etat membre de la Communauté européenne ou d’un Etat partie à l’accord sur l’Espace économique européen autres que la France dont les missions sont comparables à celles des administrations et des établissements publics dans lesquels les fonctionnaires civils mentionnés à l’article L. 5 du Code générale de la fonction publique exercent leurs fonctions, et qui ont, le cas échéant, reçu dans l’un de ces Etats une formation équivalente à celle requise par le statut particulier pour l’accès au cadre d'emplois considéré)

**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** | **Situation statutaire**  (1) | **Echelon** | **Période**  **Du Au** | | **Durée hebdo de travail de l’agent** (2) | **Situation Position**  (3) | **DURÉE TOTALE** | | |
| **An(s)** | **Mois** | **Jour(s)** |
| ***E X E M P L E*** | | | | | | | | | | |
| ***SDIS 54*** | ***Caporal-chef*** | ***Titulaire*** | ***1*** | ***18/05/2017*** | ***28/06/2018*** | ***35h*** | ***Activité*** | ***1*** | ***1*** | ***10*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL au 1er janvier 2026** | | | | | | | |  |  |  |

**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 15 octobre 2025** | **❑ 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 19/03/2026.***