

ANNEXES A L'ARTICLE 6

ANNEXE 1

DESCRIPTIF-TYPE DE POSTE

CLASSIFICATION DES POSTES OCCUPES PAR LES AGENTS
CONTRACTUELS RELEVANT DE LA CONVENTION COMMUNE RELEVANT
DES NIVEAUX I.1 A II.1

Nom et Prénom de l'agent :

Type de contrat :

Etablissement / Service :

Activité 1 :	Temps de travail en %
Activité 2 :	Temps de travail en %
Activité 3 :	Temps de travail en %
Activité 4 :	Temps de travail en %
Activité 5 :	Temps de travail en %
Activité 6 :	Temps de travail en %

Observations éventuelles de l'agent
Date, nom et signature de l'agent

Date, nom et signature du chef d'établissement ou du chef de service
--

ANNEXE 2

DECISIONS DU COMITE DE CLASSIFICATION

NOM	PRENOM	ETABLISSEMENT/ SERVICE	DECISION DE RATTACHEMENT		OBSERVATIONS EVENTUELLES
			FONCTION/ GROUPE FONCTIONNEL	NIVEAU DE CLASSIFICATION	

Date :

**Visa du responsable du NOD ou de son représentant,
Président du comité de classification**

ANNEXE 3

NOTIFICATION DU NIVEAU DE CLASSIFICATION DU POSTE DE TRAVAIL

**CLASSIFICATION DES POSTES OCCUPES PAR LES SALARIES
RELEVANT DE LA CONVENTION COMMUNE**

Nom :
Prénom :
Type de contrat :
Etablissement/Service

Intitulé de la fonction ou du groupe fonctionnel :
Niveau de classification :
Etes-vous d'accord avec le rattachement de votre poste de travail (entourez le numéro correspondant)
1 - oui (1)
2 - non (1)
(1) Rayer la mention inutile

Nom de la personne chargée de l'entretien de notification du niveau de classification :
Fonction exercée :
Date de l'entretien :
Signature :

Date, nom et signature de l'agent contractuel

ANNEXE 4

MOTIVATION DU RECOURS DEVANT LA COMMISSION DE RECOURS AD HOC

Vous n'êtes pas d'accord avec la proposition de rattachement de votre poste de travail à la fonction ou au groupe fonctionnel (précisez le résultat de la classification).

Indiquez les motifs qui selon vous s'opposent à ce rattachement :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

N.B. : Le recours ne peut porter que sur la conformité des activités effectivement exercées par l'agent avec celles contenues dans le descriptif type de poste, ou sur les activités prises en compte pour classifier le poste.

Nom et prénom de l'agent :
Date et signature :

**NOTIFICATION DE LA CLASSIFICATION
A L'ISSUE DE LA PROCEDURE DE RECOURS**

Confirmation de la classification initiale de votre poste de travail :

Rattachement de votre poste de travail au niveau de fonction ou au groupe fonctionnel suivant :

Exposé des motifs de la décision :

Président de la Commission
de recours ad.hoc

Date et signature

BILAN MENSUEL DES OPERATIONS DE CLASSIFICATION

**BILAN DE MISE EN OEUVRE DES OPERATIONS
DE CLASSIFICATION DES POSTES DE TRAVAIL TENUS
PAR DES SALARIES SOUS CONVENTION COMMUNE**

Délégation/DCN :

Département :

Groupement :

Mois :

1) Nombre de postes de travail décrits :

2) Salariés rattachés à une fonction de La Poste

2.1/Niveau I.1

Fonction	Code fonction	Nombre de salariés concernés répartis suivant le niveau de contrat initial			Nombre total de salariés concernés	Dont employés à temps complet
		I.1	I.2	II.1		
TOTAL						

ANNEXE 6 (SUITE)

2.2/Niveau I.2

Fonction	Code fonction	Nombre de salariés concernés répartis suivant le niveau de contrat initial			Nombre total de salariés concernés	Dont employés à temps complet
		I.1	I.2	II.1		
TOTAL						

2.3/Niveau I.3

Fonction	Code fonction	Nombre de salariés concernés répartis suivant le niveau de contrat initial			Nombre total de salariés concernés	Dont employés à temps complet
		I.1	I.2	II.1		
TOTAL						

ANNEXE 6 (SUITE ET FIN)

2.4/Niveau II.1

Fonction	Code fonction	Nombre de salariés concernés répartis suivant le niveau de contrat initial				Nombre total de salariés concernés	Dont employés à temps complet
		I.1	I.2 (*)	I.2 (**)	II.1		
TOTAL							

(*) Salariés initialement classifiés I.2 car effectuant, pour moins de 40 % du temps de travail, des activités de niveau II.1, quelle que soit leur durée hebdomadaire ou annuelle de travail (c'est-à-dire non concernés par la suppression du seuil de 20 heures/920 heures)

(**) Salariés initialement classifiés I.2 car effectuant, pour au moins 40 % du temps de travail, des activités de niveau II.1, mais dont la durée hebdomadaire de travail était inférieure à 20 heures (ou dont la durée annuelle de travail était inférieure à 920 heures).

3) Nombre de salariés positionnés sur des groupes fonctionnels

Groupe fonctionnel	Nombre de salariés concernés	Dont employés à temps complet
A		
B1		
B2		
C		
TOTAL		