



LA POSTE

DEMANDE D'OUVERTURE D'UN COMPTE EPARGNE-TEMPS

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

M MME MLLE

NOM :

PRENOM :

IDENTIFIANT POSTE :

GRADE/NIVEAU DE CONTRAT :

ENTITE D'AFFECTATION/RATTACHEMENT :

Demande d'ouverture d'un compte épargne temps (cet) conformément aux modalités de fonctionnement prévues par l'accord d'entreprise du 7 juillet 2000 modifié par avenants du 6 avril 2006, du 18 décembre 2008 et du 22 juillet 2014

A LE / /
SIGNATURE DE L'AGENT

RESERVE AU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT/RESPONSABLE D'ENTITE

DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE

DATE D'ENVOI AU CSRH

/ /

/ /

LE DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT/RESPONSABLE D'ENTITE :

NOM :

PRENOM :

SIGNATURE

DECISION DU CSRH

CET OUVERT A COMPTER DE LA DATE DE RECEPTION DE LA DEMANDE PAR LE DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT/RESPONSABLE D'ENTITE

DEMANDE REFUSEE (MOTIF) :

DATE DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE : / /

ORIGINAL CLASSE AU DOSSIER DE L'AGENT APRES MISE A JOUR

DU FICHIER INFORMATIQUE LE / /

COPIE TRANSMISE POUR REMISE A L'AGENT LE / /

A LE / /
SIGNATURE