|  |  |
| --- | --- |
| **Direction des Ressources Humaines**  Division des personnels administratifs,  techniques et d’encadrement  **Bureau des personnels ATSS** | Annexe D |

**RIFSEEP**

**COMPLEMENT INDEMNITAIRE ANNUEL**

**ANNEE 2025**

Nom :

Prénom :

Grade :

Nature des fonctions :

Établissement :

🞏 Avis défavorable à l’attribution du complément indemnitaire annuel (CIA).

A………………………………….., le …./…./….

|  |  |
| --- | --- |
| Signature de l’agent | Signature du supérieur hiérarchique  (nom-prénom - qualité du signataire) |

**A retourner uniquement en cas d’avis défavorable**