

Commissions administratives paritaires

Identification : Veuillez compléter le nom de la collectivité porteuse du scrutin :

CAP des B :

- **Absence de candidats :**
 Oui Non

SI OUI :

- ☞ **Indiquer le nombre d'inscrits :**
- ☞ **Rédiger un procès-verbal de carence à transmettre à la préfecture avant le 08/12/2022**

- **Candidatures communes :**
 Oui Non

Si OUI, détailler lesquelles :

***Liste commune n°1 : Nom :**

Clé de répartition des voix : ... % pour le syndicatet ...% pour le syndicat

***Liste commune n°2 :**

Nom :

Clé de répartition des voix : ... % pour le syndicatet ...% pour le syndicat

***Liste commune n°3 :**

Nom :

Clé de répartition des voix : ... % pour le syndicatet ...% pour le syndicat