|  |  |
| --- | --- |
| **LOGO COLLECTIVITE** | **N°**……………  **Arrêté portant modification de la durée hebdomadaire de travail**  **(supérieur à 10% ou perte de l’affiliation CNRACL)**  **Et (le cas échéant) Intégration dans le cadre d’emplois des \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (si nouvelle durée hebdomadaire égale ou supérieure à 17 h 30)**  M  Grade |

Le Maire de la Commune de *(ou le Président de)* .................................................,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code général de la fonction publique,

Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu la délibération en date du ........................... créant un emploi de …………………………………………………… à raison de ……… heures hebdomadaires à compter du .....................................,

Vu la déclaration de vacance d’emploi faite auprès du centre de gestion, et enregistrée au n° ……………………,

Vu la lettre de l’agent en date du .............................. acceptant le changement de durée hebdomadaire,

Vu l’avis du Comité Social Territorial qui s’est réuni le …………………………..,

**ARRÊTE**

ARTICLE 1 : A compter du ....................................... la durée hebdomadaire de travail de M …………………………………… occupant l’emploi de ........................................................................, est portée de ………/35e à ………/35e.

M……………………………… est intégré(e) dans le cadre d’emplois des ………………………… *(le cas échéant, si nouvelle durée hebdomadaire égale ou supérieure à 17h30)*.

M…………………………… est affilié(e) à la CNRACL *(le cas échéant, si nouvelle durée hebdomadaire égale ou supérieure à 28h00)*.

**ARTICLE 2 :** Le Secrétaire Général (*ou le Directeur Général des Services*) est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera transmis au représentant de l’Etat et notifié à l’agent.

Ampliation adressée :

- au Président du Centre de Gestion de la Charente

- au Comptable de la collectivité

- à la CNRACL (le cas échéant)

Fait à………………………,

le……………………………

Prénom, Nom et qualité du signataire

|  |
| --- |
| Le Maire (*ou le Président*),  - certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,  - informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de POITIERS (86) dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.  Ce recours peut être déposé sur l’application informatique « Télérecours citoyens », accessible par le site : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)  Notifié le ……………………………..  Signature de l’agent : |