DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL…………………

Arrêté portant nomination suite à la modification de la durée hebdomadaire de service

Le Maire **OU** Le Président ;

VU le code général de la fonction publique ;

*(le cas échéant)* VU le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet ;

VU le décret n° …….…….. du …………..…………………….... portant statut particulier du cadre d’emplois des ………………………………………………… ;

VU le décret n° ………..… du ………..…………………………. portant échelonnement indiciaire applicable aux …………………………………………………. ;

**OU**

VU le décret n° 2016-596 du 12 mai 2016 relatif à l’organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique territoriale ;

**ET**

VU le décret n° 2016-604 du 12 mai 2016 fixant les différentes échelles de rémunération pour les fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique territoriale ;

VU la délibération en date du ……….……… créant un emploi de …………………..……. à temps complet

**OU** temps non complet *(…….h…….hebdomadaires),* à compter du …………………….. ;

**OU**

VU le tableau des effectifs ;

VU la déclaration de vacance de poste effectuée auprès du centre de gestion et enregistrée sous le n° ……… (*lorsque la modification du nombre d'heures n'excède pas 10 % et qu'elle n'a pas pour effet de faire perdre le bénéfice de l'affiliation à la CNRACL, la modification n’est pas assimilée à une suppression de poste et la déclaration de vacance n’est pas obligatoire – article 45 de la loi n° 2007-209 du 19/02/2007 relative à la FPT)*;

VU l’arrêté en date du ……………….. nommant M *(nom, prénom, grade, DHS)*………………………………. ………………………….……………., titulaire **OU** stagiaire, au ………. échelon de l’échelle ……… **OU** de son grade, à compter du …………………………, avec une ancienneté de …………………………. *(le cas échéant)* – dernière situation administrative ;

VU l’avis du comité social territorial en date du……………….…… *(lorsque la modification du nombre d'heures n'excède pas 10 % et qu'elle n'a pas pour effet de faire perdre le bénéfice de l'affiliation à la CNRACL, la consultation du CST n'est pas obligatoire – article 45 de la loi n° 2007-209 du 19/02/2007 relative à la FPT)* ;

*(le cas échéant)* CONSIDÉRANT que M………………………………….……. a accepté, par courrier du ……………………, la modification de sa durée hebdomadaire de travail (*lorsque la modification du nombre d'heures n'excède pas 10 % et qu'elle n'a pas pour effet de faire perdre le bénéfice de l'affiliation à la CNRACL, la modification ne peut être refusée)* ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M…………………………………………, né*(e)* le …………………….. à …………………………., est nommé*(e)* …………………………………….. *(grade)* titulaire **OU** stagiaire à temps complet **OU** temps non complet *(…….h…….hebdomadaires)* à compter du ……………………..

***ARTICLE 2 :*** M………………………………….. restera classé*(e)* au …….. échelon de l’échelle …….. **OU** de son grade, indice brut : ………., indice majoré : ………, avec une ancienneté de …………….. *(temps non complet)*

**OU**

 M……………………………..…… restera classé*(e)* au ……… échelon de l’échelle ……. **OU** de son grade, avec une ancienneté conservée de ………………….. Il *(Elle)* percevra une rémunération calculée sur la base de ……/35ème de la valeur du traitement correspondant à l’indice brut : …….., indice majoré : ……..

***ARTICLE 3 :*** M………………………………... cotisera au régime particulier de la sécurité sociale et sera **OU** restera affilié*(e)* à la C.N.R.A.C.L. *(durée hebdomadaire de travail supérieure ou égale à 28h)*.

**OU**

 M………………..…………………… cotisera au régime général de la sécurité sociale ainsi qu'à l'I.R.C.A.N.T.E.C. *(durée hebdomadaire de travail inférieure à 28h).*

***ARTICLE 4 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé*(e)* et transmis au Préfet du Morbihan **OU** au Sous-Préfet chargé de l'arrondissement de ……………………

Ampliation sera adressée aux :

* Président du centre de gestion de la fonction publique territoriale du Morbihan.
* Le comptable de la collectivité *(ou de l’établissement)*.

Fait à ………………….., le …………………….,

Le Maire **OU** Le Président

*(porter les prénom et nom de l'autorité territoriale)*

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 contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet wwww.telerecours.fr

Notifié le …………………………….,

Signature de l'agent