**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté autorisant un fonctionnaire stagiaire ou titulaire à exercer ses fonctions à temps partiel

Le Maire **OU** Le Président ;

VU le code général de la fonction publique, notamment les articles L612-1à L612-8 et L612-12 à L612-14 ;

VU la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ;

VU le décret n° 82-624 du 20 juillet 1982 fixant les modalités d’application pour les fonctionnaires de l’ordonnance n° 82-296 du 31 mars 1982 relative à l’exercice des fonctions à temps partiel ;

VU le décret n° 2004-777 du 29 juillet 2004 modifié relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale ;

VU le décret n°2004-678 du 8 juillet 2004 fixant le taux de la cotisation prévue à l'article L. 11 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

VU la délibération n° ……….. en date du ……………….. fixant les modalités d'organisation de l'exercice du service à temps partiel dans la commune de *(collectivité)*………………………………..….*;*

VU l’arrêté en date du ………………………….. nommant M. *(nom-prénom(s)-grade)*…………………… ………………………………………..……… à temps complet au ……… échelon, à compter du ………. *(ou dernière situation administrative) ;*

VU la demande formulée par M. *(nom-prénom(s)-grade)* ……………………………………………….…. sollicitant l’autorisation d’exercer ses fonctions à …………. % *(ne pouvant être inférieur à 50% de la durée règlementaire du travail)* pour une durée de *(durée comprise entre 6 mois et 1 an)* ……………… à compter du …………………… jusqu'au …………………. inclus ;

VU la demande de surcotisation présentée par M. *(nom-prénom(s)-grade)* ……………………………… afin que les périodes de travail à temps partiel soient décomptées comme des périodes de travail à temps plein, *(le cas échéant) ;*

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :***  M. *(nom-prénom(s)-grade-qualité)* …………………………………………………………. est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel, à raison de ….... %, à compter du ………………………..……, pour une période de …………….. *(durée comprise entre 6 mois et 1 an)* soit jusqu'au …………… inclus.

***ARTICLE 2*** M. ………………………………………………………. perçoit une rémunération égale à ….. % *(****OU*** *6/7ème* ***OU*** *32/35èmes, le cas échéant)* du traitement afférent à l'indice qu'il détient et des indemnités d'un agent exerçant ces fonctions à temps plein.

Il *(elle)* perçoit des indemnités pour frais de déplacement, lorsqu'il *(elle)* est appelé(e) à se déplacer pour les besoins du service, dans les mêmes conditions que les agents à temps plein. Il *(elle)* perçoit, en outre, le supplément familial de traitement, correspondant à celui versé aux fonctionnaires travaillant à temps plein ayant le même nombre d'enfants à charge *(le cas échéant).*

***ARTICLE 3*** M (*nom-prénom(s))*. ……………………………………….……….. cotise au régime particulier de la sécurité sociale et reste affilié*(e)* à la C.N.R.A.C.L.

***ARTICLE 4 :*** *(le cas échéant)* A sa demande, M. (*nom-prénom(s))*………………………..….……….. cotise pour du temps plein et verse à cet effet une retenue pour pension de …….. %, (dans la limite d’une augmentation de quatre trimestres de la durée des services admissibles en liquidation de la pension C.N.R.A.C.L.).

***ARTICLE 5 :*** Cette autorisation est renouvelable pour la même durée, par tacite reconduction dans la limite de trois ans. A l'issue de cette période de trois ans, le renouvellement de l'autorisation de travail à temps partiel devra faire l'objet d'une demande et d'une décision expresses.

***ARTICLE 6 :*** La réintégration à temps plein ou la modification des conditions d'exercice du temps partiel peut intervenir avant l'expiration de la période en cours, sur demande de l'intéressé*(e)* présentée au moins deux mois avant la date souhaitée. Toutefois, la réintégration à temps plein peut intervenir sans délai en cas de motif grave, notamment en cas de diminution substantielle des revenus du ménage ou de changement dans la situation familiale.

***ARTICLE 7 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée à :

* le 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