**ModÈle   
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté plaçant un fonctionnaire stagiaire ou titulaire à temps partiel sur autorisation pour reprise ou création d’entreprise

Le Maire **OU** Le Président ;

VU le code général de la fonction publique, notamment les articles L123-8, L123-10, 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 et notamment ses articles 1 à 4 ;

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 le décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique ;

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 …………. % (au moins égal à un mi-temps) pour créer **OU** pour reprendre une entreprise, pour une durée de ……………… *(durée maximale de trois ans)* à compter du …………………… jusqu'au …………………. inclus ;

*(le cas échéant)* VU la demande de surcotisation présentée par M ……………………, fonctionnaire affilié(e) à la CNRACL, en date du ………………… .

*(le cas échéant)* Vu l’avis du référent déontologue (en cas de doute sérieux sur la compatibilité de l’activité envisagée),

*(le cas échéant)* Vu l’avis de la HATVP (si doute non levé, sur la compatibilité de l’activité envisagée),

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M. *(nom-prénom(s)-grade-qualité)* ………………………………………………………….. est placé(e) à temps partiel sur autorisation pour créer **OU** reprendre une entreprise, à raison de ….. %(au moins égal à un mi-temps)*,* à compter du ………………., pour une période de …………. *(durée maximale de trois ans)* soit jusqu'au …………… inclus.

***ARTICLE 2 :*** M. ………………………. perçoit une rémunération égale à ….. % (ou 32/35ème dans le cas de service à 90 % ou 6/7ème dans le cas de service à 80% du temps plein) de son traitement, de l’indemnité de résidence, des primes et indemnités. Le supplément familial de traitement ne peut être inférieur au montant minimum versé aux fonctionnaires travaillant à temps plein ayant le même nombre d’enfants à charge.

***ARTICLE 3 :*** A l’issue de cette période, le temps partiel peut-être renouvelé pour un an, après dépôt d'une nouvelle demande d'autorisation, un mois au moins avant le terme de la première période.

Lorsque la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique a rendu un avis sur la demande d'autorisation de l'agent, le renouvellement de l'autorisation ne fait pas l'objet d'une nouvelle saisine de cette autorité.

***ARTICLE 4 :*** *(le cas échéant)* A sa demande, M. (*nom-prénom(s)*………………………..….……….. cotisera pour la retraite (C.N.R.A.C.L.) 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 :*** 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 6 :*** 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