**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

**Arrêté portant attribution d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI) à Madame / Monsieur…...**

Le Maire **OU** Le Président ;

VU le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L712-12 à L712-13 ;

VU la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 modifiée portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales, et notamment son article 27 ;

VU le décret n° 93-863 du 18 juin 1993 modifié relatif aux conditions de mise en œuvre de la nouvelle bonification indiciaire dans la fonction publique territoriale ;

* ***Choisir le décret correspondant au type de NBI attribué :***

VU le décret n° 2001-1274 du 27 décembre 2001 modifié portant attribution d’une NBI aux fonctionnaires occupant certains emplois administratifs de direction de collectivités territoriales ou d’établissements publics locaux assimilés, régis par l’article 6 du décret n° 87-1101 du 30 décembre 1987 portant dispositions statutaires particulières à certains emplois administratifs de direction des collectivités territoriales et des établissements publics locaux assimilés (2) ;

**OU**

VU le décret n° 2001-1367 du 28 décembre 2001 modifié portant attribution d’une NBI aux fonctionnaires occupant certains emplois administratifs de direction de collectivités territoriales ou d’établissements publics locaux assimilés, régis par l’article 4 du décret n° 87-1101 du 30 décembre 1987 portant dispositions statutaires particulières à certains emplois administratifs de direction des collectivités territoriales et des établissements publics locaux assimilés (3) ;

**OU**

VU le décret n° 2006-779 du 3 juillet 2006 modifié portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique territoriale (1) ;

**OU**

VU le décret n° 2006-780 du 3 juillet 2006 modifié portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique territoriale exerçant dans des zones à caractère sensible ;

**OU**

* ***Choisir entre les considérants suivants :***

CONSIDERANT que M *(nom, prénom, grade, qualité)* ................................................................................ exerce les fonctions de …………………. *(désignation des fonctions éligibles)* à …………………….. *(temps complet, temps non complet à raison de ………..h hebdomadaires, temps partiel à raison de ………..%).*

**OU**

CONSIDERANT que M ………… est détaché sur l’emploi fonctionnel de ……… (mentionner emploi fonctionnel correspondant) ………. ,

**A R R Ê T E**

**ARTICLE 1er :** M *(nom, prénom, grade ou emploi fonctionnel)* .........................................................................., bénéficie, à compter du ……………, d’une bonification indiciaire de ................... points majorés versée mensuellement dans les mêmes proportions que le traitement de base.

**ARTICLE 2 :** Cette nouvelle bonification indiciaire est prise en compte pour le calcul de l’indemnité de résidence, du supplément familial, des primes représentant une fraction du traitement, et des charges sociales.

 Elle cessera d’être versée lorsque M……………. quittera l’emploi au titre duquel elle est perçue.

**ARTICLE 3 :** Le bénéfice de la nouvelle bonification indiciaire est maintenu dans les mêmes proportions que le traitement en congés annuels, maladie ordinaire, accident de travail ou maladie professionnelle, maternité, adoption et paternité. Elle sera également versée pendant un congé de longue maladie tant que l’agent n’est pas remplacé dans ses fonctions.

**ARTICLE4 :** Le Directeur Général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié à l'intéressé(e) et ampliation sera adressée au :

● Comptable de la collectivité ;

● Président du Centre de Gestion du Morbihan.

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 devant le tribunal administratif de Rennes, Hôtel de Bizien, 3, contour de la motte, CS44416, 35044 RENNES CEDEX, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, éventuellement au moyen d’une requête déposée sur le site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le …………………………….,

Signature de l'agent

*(1) fonctions d’encadrement, responsabilités ou technicités particulières, accueil, polyvalence.*

*(2) emplois fonctionnels DGS + 40 000 hbts, DGA + 150 000 hbts.*

*(3) emplois fonctionnels DGS de 2 000 à 40 000 hbts, DGA de 10 000 à 150 000 hbts.*