**ModÈle   
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

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

Arrêté portant réintégration à temps plein d’un fonctionnaire ayant exercé 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 ;

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 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-D.H.S.)* ………….…… ………………..….……au ………… échelon, à compter du………………………….. *(ou dernière situation administrative) ;*

VU l'arrêté en date du ………………… autorisant M. …………….…………… à exercer ses fonctions à temps partiel à …………. % pour *(préciser le motif)* ……………………….. pour une durée de ……………… à compter du …………………… jusqu'au …………………. inclus ;

VU la demande écrite de réintégration à temps plein, présentée par M (*nom-prénom(s)) ……………… ……………………..*à compter du ……… ;

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :***  À compter du ……………..……., M. *(nom-prénom(s)-grade-qualité)* …………………… …………........................................... est admis de plein droit à occuper ses fonctions à temps complet.

***ARTICLE 2*** À compter de cette même date, M. ………………………..…………….. percevra l’intégralité de son traitement correspondant au …….. échelon de l’échelle ……. *(ou de son grade)*, indice brut : ……, indice majoré : …….

***ARTICLE 3*** 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