ARRETE

D’ACCEPTATION DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

DE M ......…......................................................(*agent contractuel*)

EMPLOI …………………....................................................................

Le Maire *(ou le Président)* de ............................................................................,

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n°2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en oeuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale,

Vu la délibération en date du …………………………fixant les conditions d’exercice du travail à temps partiel dans la collectivité,

Vu la demande écrite présentée par M …………………………………………………………..pour accomplir un service à temps partiel à raison de *(indiquer le pourcentage*) de la durée réglementaire du travail,

Considérant que M ………………………………….est employé(*e*) depuis plus d’un an à temps complet de façon continue,

Considérant que le service à temps partiel ne peut être inférieur à 50% de la durée réglementaire du travail,

ARRETE

ARTICLE 1 :

M ........................................................................................ est autorisé*(e)* à exercer ses fonctions à temps partiel à raison de …....% (*indiquer le pourcentage*) du temps plein, à compter du ……………………pour une période de …………………………………… *(entre 6 mois et un an, dans la limite de la durée de l’engagement*)

ARTICLE 2 :

Le temps de travail est organisé dans un cadre quotidien, hebdomadaire, mensuel ou annuel *(mentionner le cadre d’organisation choisi et préciser la répartition des périodes travaillées et non travaillées),*

ARTICLE 3 :

Pendant cette période, M ……………………………percevra ………..% du traitement, de l’indemnité de résidence, des primes et indemnités, ***(dans le cas de services représentant 80 à 90% du temps plein, les agents perçoivent une fraction du traitement égale respectivement aux 6/7ème ou 32/35ème du traitement, primes et indemnités)*** afférents à l’Indice Brut ………….., Indice Majoré ……………. 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 4 :

La présente période de temps partiel fixée à ...................... *(entre 6 mois et un an),* est renouvelable par tacite reconduction pour une durée identique dans la limite de trois ans et de la durée de l’engagement. A l’issue de ces trois ans, la demande de renouvellement de la décision doit faire l’objet d’une demande et d’une décision expresses.

Avant l’expiration de la période en cours, la réintégration à temps plein ou la modification des conditions d’exercice du temps partiel peut intervenir, sur demande de l’intéressé, présentée au moins deux mois avant la date souhaitée, ou sans délai pour motif grave apprécié par l’autorité territoriale.

ARTICLE 5 :

A l’issue de la période de travail à temps partiel M ………………………………………est réintégré(*e*) dans son emploi à temps plein ou à défaut dans un autre emploi analogue. En l’absence de possibilité d’emploi à temps plein, il (*elle*) est maintenu(*e*) à titre exceptionnel dans des fonctions à temps partiel,

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des services est chargé de l’exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié à l’intéressé*(e)*

Ampliation adressée au :

- Comptable de la Collectivité.

Fait à .................................., le ....................................

Le Maire *(ou le Président)*

Le Maire/Président,

 - certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire de cet acte,

 - informe qu'en application des dispositions du décret n°65-29 du 11 janvier 1965 modifié, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours, pour excès de pouvoir, devant le tribunal administratif de Nîmes dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.
Ce recours peut être déposé sur l’application internet Télérecours citoyens, en suivant les instructions disponibles à l’adresse suivante : [www.telerecours.fr](https://www.telerecours.fr/).

Notifié le .....................................

Signature de l’agent :