ARRETE

D’ACCEPTATION (OU DE RENOUVELLEMENT) DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

DE M .................................................................................

GRADE .............................................................................

Le Maire (ou le Président) de ………,

Vu le code général des collectivités territoriales,

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

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

Vu le décret n°2003-1307 du 26 décembre 2003 pris pour l'application de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et relatif aux modalités de mise en oeuvre du temps partiel et à la cessation progressive d'activité,

Vu le décret n°2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en œuvre 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 présentée par M ……… pour accomplir un service à temps partiel à raison de …… % de la durée réglementaire du travail à compter du …… pour une durée de ……,

*(dans le cas d’un renouvellement)* Vu l’arrêté en date du …… de mise à temps partiel à compter du ……,

*(le cas échéant)* Vu la demande de M ……… de surcotisation pour la prise en compte des périodes de travail à temps partiel comme des périodes de travail à temps plein pour le calcul de la pension de retraite,

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

ARRETE

ARTICLE 1 :

A compter du ……, M ……… est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel à raison de …....% du temps plein, pour une période de …… *(entre 6 mois et un an),*

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 …… % de son traitement, de l’indemnité de résidence, des primes et indemnités, (*dans le cas de services représentant 80 ou 90 % du temps plein, les agents perçoivent une fraction du traitement égale respectivement aux 6/7ème ou 32/35ème du traitement, 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 4 :

Pour le calcul de l’ancienneté exigée pour l’avancement d’échelon et de grade, la période pendant laquelle M ……… est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel est comptée pour la totalité de sa durée,

ARTICLE 5 : (*le cas échéant*)

M ……… surcotisera à la CNRACL du …… au …… sur la base d’un traitement brut indiciaire à temps complet (auquel se rajoute éventuellement la NBI) à raison d’un taux de …… %\*.

Ce dispositif prend fin à la demande de l’agent ou dans la limite de 4 trimestres non travaillés\*,

**ARTICLE 6 :**

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. 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,

ARTICLE 7 :

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 8 :

A l’issue de la période de travail à temps partiel M ……… est réintégré(e) de plein droit dans son emploi à temps plein ou à défaut dans un autre emploi conforme à son statut,

ARTICLE 9 :

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

- Notifié à l'intéressé(e).

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la collectivité.

Fait à …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

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 :

***\* Pour connaître la durée et le taux de surcotisation en fonction de la quotité de temps partiel, contactez votre service Partenariat CNRACL***