**ARRETE**

**DE MODIFICATION DE LA DUREE HEBDOMADAIRE DE TRAVAIL**

**(*Modification de la durée supérieure à 10% : assimilée à une création-suppression de poste*)**

**DE M./Mme …………………………………**

**GRADE ………………………………………**

**DUREE HEBDOMADAIRE ……………….**

Le Maire / 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°91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu la délibération créant un emploi de ………………………. à raison de …… heures hebdomadaires (\*),

Vu l’avis du Comité Technique Paritaire du …/…/…,

Vu la déclaration de vacance d’emploi,

Vu la lettre de l’agent acceptant le changement de durée hebdomadaire de ………………………. (*indiquer l’ancienne et la nouvelle durée*),

**ARRETE**

**Article 1er** : A compter du …/…/…, M./Mme ………………………. (*nom, prénom, grade*), effectuera une durée hebdomadaire de travail de …… heures …… minutes,

**Article 2** : M./Mme ………………………. (*nom, prénom*) perçoit une rémunération calculée sur la base de ……, ……/35ème,

**Article 3** : M./Mme ………………………. (*nom, prénom*) est (ou reste) affilié(e) à la CNRACL,

OU

M./Mme ………………………. (*nom, prénom*) est (ou reste) affilié(e) à l’IRCANTEC,

**Article 4** : 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 / Le Président

(*nom, prénom, qualité et signature*)

Le Maire / Le Président certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte.

Il informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Besançon dans un délai de deux mois à compter de la présence notification.

Notifié le …/…/…,

Signature de l’agent

(\*) *La suppression de l’emploi précédent ne peut avoir lieu qu’après avis du Comité Technique Paritaire.*