**ARRÊTÉ PORTANT MODIFICATION DE LA DURÉE HEBDOMADAIRE DE TRAVAIL  
de CIVILITE PRENOM NOM**

MonsieurMadamele Mairele Présidentla Présidente,

Nom de la collectivité,

VU, le code général de la fonction publique, notamment son article L542-3,

SI AGENT A TEMPS NON COMPLETVU, le décret n°91-298 du 20/03/1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

VU, les différents décrets portant statuts particuliers des cadres d'emplois de la Fonction Publique Territoriale et les textes qui les ont complétés ou modifiés,

VU, les différents décrets fixant l'échelonnement indiciaire et les durées de carrières pour les emplois de la Fonction Publique Territoriale,

VU, l'avis favorable du Comité Social Territorial en date du jj/mm/aaaa relatif à la modification du temps de travail d’un emploi permanent à temps non complet,

VU, la délibération en date du jj/mm/aaaa portant, de .....heures .....minutes à .....heures ..... minutes la durée hebdomadaire de travail du poste d’grade de l'agent actuellement occupé Civilité Prénom NOM, à compter du jj/mm/aaaa**,**

VU, la déclaration n° V050............. de création d’emploi effectuée auprès du Centre de Gestion et reçue en préfecture le jj/mm/aaaa,

# ARRÊTE

**ARTICLE 1** : À compter du jj/mm/aaaa, la situation administrative de Civilité Prénom NOMest établie comme suit :

|  |  |
| --- | --- |
| **Ancienne situation** | **Nouvelle situation** |
| Catégorie : A, B OU C  Cadre d'emplois :  Grade :  **Durée hebdomadaire :**      **h**     **min / 35h00** | Catégorie : A, B OU C  Cadre d'emplois :  Grade :  **Durée hebdomadaire :**      **h**     **min / 35h00** |

**ARTICLE 2** : Ampliation du présent arrêté sera transmise à :

- MonsieurMadame lela Sous-PréfetPréfète d     ,

- L’agent comptable de la collectivité,

- Monsieur le Président du Centre de Gestion,

- L’agent.

MonsieurMadamele Mairele Présidentla Présidente :

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

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

|  |  |
| --- | --- |
| Notifié à l’intéressée  le ............................... | Fait à      ,  le ................................. |
| L’agent,  Prénom NOM | MonsieurMadamele Mairele Présidentla Présidente,  Prénom NOM |