**Rappel**

L’avis du comité social territorial doit être préalable à la délibération de votre conseil et à la date d’effet de la MTT envisagée.

**Principe**

L’avis du comité social territorial est demandé pour toute :

* augmentation et diminution supérieure à 10 %,
* modification entraînant une perte d’affiliation à la CNRACL.

Le temps de travail cumulé d’un agent intercommunal ne peut pas dépasser les 15 % d’un temps complet, soit 40 h 15 min maximum.

**Textes de référence**

* Code général de la fonction publique
* Décret n°88-145 du 15 février 1988 modifié pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale
* Décret n°91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet
* Décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale

### VOTRE IDENTITE

**Nom de la collectivité** : **............**

Affaire suivie par : ............

Téléphone (ligne directe) : ............ Email : ............

### LE POSTE CONCERNE

**Le poste concerné est :**

 vacant

 occupé par :

⮱ un agent ayant la qualité de :  Fonctionnaire stagiaire

  Fonctionnaire titulaire

  Contractuel de droit public en CDD (date de fin : ............)

  Contractuel de droit public en CDI

⮱ un agent intercommunal :  Oui

  Non

**Grade concerné par la MTT :** ............

### DETAILS DE VOTRE SAISINE

|  |  |
| --- | --- |
| **Proposition écrite faite à votre agent**, y compris, le cas échéant, sur les conséquences de la perte de l’affiliation à la CNRACL |  Oui Non, pourquoi ? ............ |
| **Réponse de votre agent à cette proposition**, y compris, le cas échéant, sur les conséquences de la perte de l’affiliation à la CNRACL |  Acceptation Refus |
| **Date prévue de votre conseil qui se réunira pour délibérer sur cette MTT** | ............ |
| **Date d’effet de la MTT** | ............ |
| **Motif de la MTT** | ............ |
| **Ancienne durée hebdomadaire de l’emploi** | ............ **h** ............ **min** |
| **Nouvelle durée hebdomadaire de l’emploi** | ............ **h** ............ **min** |

### AGENT INTERCOMMUNAL

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom de la collectivité** | **Département** | **Temps de travail hebdomadaire****AVANT LA MTT** | **Temps de travail hebdomadaire****APRES LA MTT** | **Qualité** |
| **Employeur n°1** |       |       |       h       min |       h       min |  fonctionnaire contractuel |
| **Employeur n°2** |       |       |       h       min |       h       min |  fonctionnaire contractuel |
| **Employeur n°3** |       |       |       h       min |       h       min |  fonctionnaire contractuel |
| **Employeur n°4** |       |       |       h       min |       h       min |  fonctionnaire contractuel |
|  |  |  | **Total :****h       min** | **Total :****h       min** |  |

Fait à ............, le ............

(Cachet et signature) Le Maire / Le Président

*Merci de retourner votre imprimé par mail à l’adresse**cdg50@cdg50.fr*