**ARRÊTÉ DE MODIFICATION**

**- DE LA DURÉE HEBDOMADAIRE -**

**(à raison de** .............. **heures hebdomadaires)**

**DE M.(Mme**) ...................................................................................

**DANS LE GRADE DE** .....................................................................

*(ou si - de 17h30)*

**DANS L'EMPLOI DE** .....................................................................

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

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le 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,

Vu la situation au ……………de **M..........................................** , titulaire du grade **.....................**échelon : **........**

IB IM à raison de **..... /35èmes**

Vu la délibération en date du .............................., **prise après avis du Comité Technique Paritaire**, en date du …………………….., portant la durée hebdomadaire de travail d’un emploi de ………(grade détenu par l’agent) à ............. heures, à compter du ..................................,

Vu la lettre de l'agent en date du ............................... acceptant le changement de durée hebdomadaire,

Considérant que la déclaration de la vacance de l'emploi a été effectuée auprès du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de Seine et Marne *sous le n°………….*

(***Le cas échéant,*** *si la nouvelle durée hebdomadaire est égale ou supérieure à 17h30*), Considérant que M.(Mme) ............... remplit les conditions d'intégration,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

M.Mme) ..............................., (nom de jeune fille) .................................., nommé(e) au grade de ou dans l'emploi de ...................................................... effectuera une durée hebdomadaire de travail de .............. heures, à compter du ............................, et (*le cas échéant*) est intégré(e) dans le cadre d'emplois des ....................................................., (si la nouvelle durée hebdomadaire est égale ou supérieure à 17h30)

**Article 2 :**

M.(Mme) .........................., est classé(e) au ............ échelon, avec un reliquat d'ancienneté de ................................ et perçoit une rémunération calculée sur la base de ........../35ème de l'Indice Brut .............., Indice Majoré .............,

**Article 3 :**

**(*Si la durée hebdomadaire est égale ou supérieure à 28h*),**

M.(Mme) .........................................................................................., est affilié(e) à la C.N.R.A.C.L.,

**(*Si la durée hebdomadaire est inférieure à 28h*),**

M.(Mme) .........................................................................................., est affilié(e) à l'I.R.C.A.N.T.E.C.,

**Article 4 :**

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

- Notifié à l'intéressé(e).

- C.N.R.A.C.L. (si + de 28h)

- I.R.C.A.N.T.E.C. (si - de 28h)

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

 Le Maire *(ou le Président)*

 *(Nom Prénom)*

Le Maire *(ou le Président),*

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

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours

hiérarchique préalable exercé dans un délai de deux mois à

compter de la présente notification, éventuellement suivi

d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif

 de Melun, dans un délai de deux mois à compter, soit de la réponse

de l’administration, soit de la décision implicite de rejet de cette dernière.

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

Signature de l’agent :