ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

DE RENOUVELLEMENT DE TEMPS PARTIEL POUR AGENT HANDICAPÉ

À RAISON DE 50% / 60% / 70% / 80% AVEC SURCOTISATION

DE M./Mme ..................................

**Mention en jaune : à enlever en fonction de la situation**

Le Maire *(ou le Président)* de …………..……,

**VU** le code général de la Fonction Publique, articles L.612-1 à L.612-15,

**VU** le décret n° 2004-777 du 29 juillet 2004 modifié relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale,

**VU** l’ordonnance n°82-296 du 31 mars 1982 relative à l’exercice de fonctions à temps partiel par les fonctionnaires et les agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à caractère administratif,

**VU** le décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL

Le cas échéant **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

Le cas échéant **VU** le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 modifié fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la Fonction Publique Territoriale,

**VU** l’article L323-3 du code du travail,

**VU** la demande écrite présentée par M/Mme …………………. pour accomplir un travail à temps partiel de droit pour agent handicapé à raison de 50% / 60% / 70% / 80% de la durée règlementaire de travail, pour une durée de ……………………….. au ……………………….,

**VU** l’avis favorable du médecin du service de médecine professionnelle et préventive en date du …………,

**VU** la demande écrite de M/Mme.……….. en date du ……… souhaitant être assujetti à la surcotisation pour une durée de ……………., à compter du ……………,

**VU** l’arrêté n°……………….. attribuant un temps partiel de droit pour agent handicapé du ………………. au ………………………,

**Considérant** que la prise en compte de la durée non travaillée et surcotisée est limitée à 4 trimestres sur l’ensemble de la carrière,

**Considérant** que le service à temps partiel ne peut être inférieur à 50 % et supérieur à 80% de la durée hebdomadaire de service détenue par le fonctionnaire,

**ARRÊTE**

article 1er : M/Mme …………………., grade …………………. bénéficie d’un renouvellement de temps partiel de droit pour agent handicapé à raison de 50% / 60% / 70% / 80% de sa durée hebdomadaire du service, à compter du ………………… pour une période de ………………….. renouvelable, pour une même durée, par tacite reconduction dans la limite des trois ans, du renouvellement de la reconnaissance du handicap de l’agent et de l’avis favorable de la médecine préventive. M/Mme …………… est assujetti sur sa demande à une surcotisation pour une durée qui court de …………………. à …………………….

article 2ème : Pendant cette période, M./Mme …………………….. percevra 50% / 60% / 70% / 6/7ème (pour les agents à 80%) du traitement, bonification indiciaire, 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. Le taux de cotisation CNRACL qui lui sera appliqué est fixé à … % (voir taux fixé annuellement par décret) du traitement brut indiciaire (y compris la NBI) correspondant à celui d’un agent de même grade, échelon et indice travaillant à temps plein. La contribution patronale CNRACL reste inchangée.

article 3ème : Pour le calcul de l’ancienneté exigée pour l’avancement d’échelon et de grade, la période pendant laquelle M./Mme …………………. est autorisée à exercer ses fonctions à temps partiel est comptée pour la totalité de sa durée.

Le cas échéant La durée du stage est prolongée afin de correspondre à la période de stage effectuée par les agents à temps plein.

article 4ème : A l’issue de la période de travail à temps partiel M./Mme ……………… est réintégré de plein droit dans son emploi à temps complet ou non complet ou à défaut dans un autre emploi conforme à son grade.

**article 5ème** : Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Receveur Municipal, M. le Président du Centre de Gestion, et notifiée à l’agent.

**article 6ème** : Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Limoges dans un délai de deux mois à compter de sa transmission et de sa publication.

Fait à …………… le …………….,

Le Maire *(ou le Président)*,

Notifié le ...................

Signature de l’agent :