ARRÊTÉ

ARRÊTÉ N°…………….

DE TEMPS PARTIEL POUR DONNER DES SOINS AU CONJOINT, ENFANT OU ASCENDANT

 A 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** la demande écrite présentée par M/Mme …………………. pour accomplir un travail à temps partiel de droit pour donner des soins au conjoint, enfant ou ascendant à raison de 50% / 60% / 70% / 80% de la durée règlementaire de travail, pour une durée de ……………………….. au ……………………….,

**VU** le certificat médical attestant la présence obligatoire d’une tierce personne 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 ……………,

**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 temps partiel de droit pour donner des soins à son conjoint, enfant ou ascendant 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 et de l’incapacité du conjoint, enfant ou ascendant. 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 :