Logo / en-tête collectivité

Modèle : arrêté

Arrêté portant travail à temps partiel de droit

de M. ou Mme……………………………………………..

**(fonctionnaires à temps complet ou à temps non complet)**

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Présidentde .......................................................................................................,

Vu le code général de la Fonction Publique,

Vu le code général des collectivités territoriales,

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

Vu la délibération en date du ........ fixant les modalités d'exercice du régime de travail à temps partiel,

(en cas de renouvellement) Vu l’arrêté en date du ….. de mise à temps partiel de droit pour élever un enfant à compter du ……

Considérant que l’autorisation d’accomplir un travail à temps partiel est accordée de plein droit aux fonctionnaires à l’occasion de chaque naissance, jusqu’au troisième anniversaire de l’enfant,

Vu le courrier par lequel M. ou Mme ………………….. fait part de son souhait d'exercer son service à …. (préciser la quotité du temps partiel à 50, 60, 70 ou 80%), à compter du ………………….., à la suite de la naissance de (préciser le Prénom et le NOM de l’enfant) né(e) le …………………..,

**ou**

Considérant que le temps partiel est accordé de droit jusqu’à expiration d’un délai de trois ans à compter de l’arrivée au foyer de l’enfant adopté,

Vu le courrier par lequel M. ou Mme ………………….. fait part de son souhait d'exercer son service à … (préciser la quotité du temps partiel à 50, 60, 70 ou 80%), à compter du ………………….., à la suite de l’arrivée au foyer de (préciser le Prénom et le NOM de l’enfant) adopté(e) le …………………..,

**ou**

Considérant que le temps partiel est accordé de droit pour donner des soins au conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant nécessitant la présence d’une tierce personne, ou victime d’un accident ou d’une maladie grave.

**ou**

Considérant que le temps partiel est accordé de droit aux agents qui relèvent de l'une des catégories de handicap mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 4°, 9°, 10° et 11° de l'[art. L. 5212-13 code du travail](https://bip.cig929394.fr/textes-et-jurisprudence/codes/code-du-travail/partie-legislative/cinquieme-partie-l-emploi/livre-ii-dispositions-applicables-a-certaines-categories-de-travailleurs/titre-ier-travailleurs-handicapes/chapitre-ii-obligation-d-emploi-des-travailleurs-handicapes-mutiles-de-guerre-et-assimiles/section-4-beneficiaires-de-l-obligation-d-emploi/sous-section-1-categories-de-beneficiaires/l.-5212-13), après avis du service de médecine préventive.

**Arrête**

**Article 1**

À compter du ........, M. ou Mme ...................................................... est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel à raison de …..% du temps complet (la quotité de temps de travail est de 50%, 60%, 70¨% ou 80% de la durée hebdomadaire de travail afférente au temps plein) pour une période de .................... (période comprise entre 6 mois et 1 an),

* dans la limite du troisième anniversaire de l’enfant (si motif naissance)
* dans un délai de trois ans à compter de l’arrivée au foyer de l’enfant (si motif adoption).

Les horaires de travail de M. ou Mme sont ainsi aménagés :

……………………………………………………………………………………….

**Article 2**

À compter du ....... M. ou Mme ......................................... percevra …….% de son traitement, de l’indemnité de résidence, des primes et indemnités.

(en cas de travail à 80%, la fraction du traitement perçu est égale aux 6/7ème du traitement plein).

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.

**Article 3**

Pour le calcul de l’ancienneté exigée pour l’avancement d’échelon et de grade, la période pendant laquelle M. ou Mme …………, est autorisé(e) à exercer ses fonctions à temps partiel est comptée pour la totalité de sa durée.

**(le cas échéant)** La durée de stage est prolongée afin de correspondre à la période de stage effectuée par les agents à temps plein.

Pour la liquidation de la pension, les périodes durant lesquelles les fonctionnaires ont effectué leur service à temps partiel sont retenues au prorata de la quotité de travail.

Toutefois, les périodes de temps partiel suivantes, qui donnent lieu à une prise en compte intégrale pour la constitution du droit à pension, sont comptées en intégralité pour la liquidation de la pension (art. 13 [décret n°2003-1306 du 26 déc. 2003](https://bip.cig929394.fr/textes-et-jurisprudence/decrets/2003/2003-1306)) :

- temps partiel de droit pour élever un enfant

- temps partiel exercé dans le cadre du congé de proche aidant

**Article 4**

La présente période de travail à temps partiel fixée à ……….. (entre 6 mois et un an), est renouvelable par tacite reconduction pour une durée identique, dans la limite du 3ème anniversaire de l’enfant ou d’un délai de 3 ans à compter de l’arrivée au foyer de l’enfant.

Avant l’expiration de la période en cours, la réintégration à temps plein ou la modification des conditions d’exercice du temps partiel peut intervenir, sur demande de l’intéressé, présentée au moins deux mois avant la date souhaitée, ou sans délai pour motif grave notamment en cas de diminution substantielle des revenus du ménage ou de changement dans la situation familiale.

Le temps partiel cessera automatiquement :

* le jour du troisième anniversaire de l’enfant (si motif naissance)
* à l’expiration du délai de 3 ans à compter de l’arrivée au foyer de l’enfant (si motif adoption)

**Article 5**

A l’issue de la période de travail à temps partiel M. ou Mme ……… est réintégré(e) de plein droit dans son emploi à temps plein ou à défaut dans un autre emploi conforme à son statut.

**Article 6**

Le présent arrêté sera transmis au président du centre de gestion, au comptable de la collectivité, et notifié à l'intéressé(e).

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

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président,

(nom, prénom et qualité lisible)

**Notifié le :**

**Signature :**

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président informe que la présente décision peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Montpellier dans un délai de 2 mois, à compter de la présente publication par courrier postal *(6 rue Pitot – 34000 Montpellier) ; Téléphone : 04-67-54-81-00  ou par le biais de l’application informatique Télérecours, accessible par le lien suivant :* [*http://www.telerecours.fr*](http://www.telerecours.fr)*.*