

A ETABLIR EN DEUX EXEMPLAIRES POUR AVIS AUPRES DU COMITE TECHNIQUE PARITAIRE

et à accompagner d'une lettre de l'agent signifiant son accord avec la demande de l'autorité territoriale

DEMANDE DE MODIFICATION DE DUREE HEBDOMADAIRE DE SERVICE

NOM DE LA COLLECTIVITE :

NOMBRE D'HABITANTS (pour établissement, calcul de la moyenne arithmétique) :

POSITION STATUTAIRE DE L'AGENT :

TITULAIRE STAGIAIRE NON TITULAIRE

L'agent travaille-t-il dans une ou plusieurs autres collectivités ? Si tel est le cas, lesquelles ?

AUTRES COLLECTIVITES	DUREE HEBDOMADAIRE

MOTIFS DE LA DEMANDE :

GRADE	NOM ET PRENOM DE L'AGENT	DUREE HEDOMADAIRE DE SERVICE <u>ACTUELLE</u>	NOUVELLE DUREE HEBDOMADAIRE <u>ENVISAGEE</u>	VARIATION DU TEMPS DE TRAVAIL (%)	DATE D'EFFET SOUHAITEE

Fait à, le Signature de l'autorité territoriale

<p>Fait à, le</p> <p>AVIS DU COMITE TECHNIQUE PARITAIRE</p> <p align="center">FAVORABLE DEFAVORABLE</p> <p align="right">Le Président du CTP</p>
--

ATTENTION : En vertu de l'article 45 de la loi n°2007-209 du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale, la modification du nombre d'heures afférent à un emploi permanent à temps non complet n'excédant pas 10% (en diminution ou en augmentation) de la durée hebdomadaire de l'agent et/ou n'ayant pas pour effet de faire perdre le bénéfice de l'affiliation à la CNRACL, n'est pas considérée comme une suppression de poste et ne nécessite donc pas l'avis du CTP.