**Modèle d’arrêté**

***Portant autorisation de travail à temps partiel pour création ou reprise d’entreprise – fonctionnaire titulaire ou stagiaire***

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Logo ou blason de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20***…* **-** **…** *(n° d’ordre)*

**portant autorisation de travail à temps partiel pour création ou reprise d’entreprise à** *Madame ou Monsieur* **…** *(prénom et NOM de l’agent)*

*Le-La Maire-Président-Présidente de* … *(nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public sauf si vous inscrivez ce nom en haut à gauche),*

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment son article …[[1]](#footnote-1)

VU le code général de la fonction publique, notamment ses articles L.123-8 et L.612-1 et suivants,

**Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, notamment son article 1 ;**

*(Le cas échéant) 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[[2]](#footnote-2)*

*(Le cas échéant) Vu le décret n°92-1194 du 4 novembre 1992 fixant les dispositions communes applicables aux fonctionnaires stagiaires de la fonction publique territoriale,*

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 n° … en date du … fixant les conditions d’exercice du travail à temps partiel,

Vu la demande écrite présentée par *Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)* pour accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise à raison de … % *(de 50 à 99%)* du temps plein, à compter du … *(date d’effet demandée par l’agent)*,

*(Le cas échéant)* Vu l’avis du référent déontologue en date du …,

*(Le cas échéant)* Vu l’avis de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique – HATVP en date du …,

*(Le cas échéant)* Vu la demande de sur cotisation émise par ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** dans sa demande de travail à temps partiel,

Considérant que l’activité privée qu’envisage d’effectuer ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** n’est pas incompatible avec les fonctions exercées au cours des trois années précédant le début de cette activité, ne compromet pas le fonctionnement normal, l'indépendance ou la neutralité du service, et ne place pas l’agent en situation de méconnaître tout principe déontologique ou de conflit d’intérêt,

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** est autorisé(e) à accomplir un service à temps partiel à …% *(entre 50 et 99%)* de la durée hebdomadaire de service à temps plein à compter du …

**Article 2 :**

Le temps de travail est organisé dans un cadre … *(quotidien, hebdomadaire, mensuel, semestriel ou annuel)*.

Le temps partiel est fixé sur : *(à choisir en fonction du cadre retenu ci-dessus)*

La journée du : …

Les journées ou demi-journées du : …

Les semaines … *(ex : paires ou impaires de chaque mois)*

… *(toute autre modalité en indiquant l’alternance des périodes travaillées et des périodes à temps partiel).*

**Article 3 :**

Pendant cette période, ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** percevra … % du traitement, de l’indemnité de résidence, des primes et indemnités (

OU

Pendant cette période, ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** percevra une fraction du traitement égale aux *6/7ème ou 32/35ème* du traitement, primes et indemnités *(respectivement dans le cas de services à temps partiel représentant 80 ou 90 % du temps 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 4 :**

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

*(Pour le fonctionnaire stagiaire)* La durée du stage est prolongée pour équivaloir à un stage d’un an à temps complet

Le stage est ainsi prolongé de *… (durée et dates de la prolongation)*

**Article 5 :**

Conformément à la demande présentée par ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** dans le courrier susvisé, les services effectués à temps partiel durant la période d’autorisation ouverte par le présent arrêté seront décomptés comme des services à temps plein dans la liquidation de la pension CNRACL, dans la limite d’une augmentation de quatre trimestres de la durée des services admissibles en liquidation (*limite de huit trimestres pour un fonctionnaire handicapé dont l’incapacité permanente est au moins égale à 80 %).*

En contrepartie, ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** surcotisera à la CNRACL du … au … sur la base d’un traitement brut indiciaire à temps complet *(auquel se rajoute éventuellement la NBI)* à raison d’un taux de … %.

**Article 6 :**

En cas de renouvellement de temps partiel au-delà de 3 années, ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** devra adresser une demande écrite à l’autorité territoriale au moins … *(nombre fixé par la délibération instaurant le temps partiel)* mois avant l’expiration de la période en cours.

**Article 7 :**

A l’issue de la période de travail à temps partiel, ***Madame ou Monsieur … (prénom et NOM de l’agent)*** est réintégré*(e)* de plein droit dans son emploi à temps plein ou à défaut dans un autre emploi conforme à son grade.

**Article 8 :**

*Le Directeur général des services ou La secrétaire de mairie* est *chargé(e)* de l’exécution du présent arrêté.

**Article 9 :**

Une ampliation sera adressée *au Président/ à la Présidente* du Centre départemental de gestion de la fonction publique territoriale du Loiret et au comptable principal de … (*nom de la collectivité territoriale ou de l’établissement public*).

**Article 10 :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de … (dénomination de la collectivité territoriale ou de l’établissement public concerné)* et/ou d’un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif d’Orléans, situé 28 rue de la Bretonnerie, 45057 Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet http://telerecours.fr

*Monsieur ou Madame le* *Maire-Président/Présidente* certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire du présent arrêté.

*Le-la* *Maire-Président/Présidente*

*Prénom NOM*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de la collectivité territoriale ou de l’établissement public)*

Le … *(date)*

Notifié le … *(date)*

Signature de l’agent :

*Cet arrêté n’est pas transmis au Représentant de l’Etat*

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Lorsque l’arrêté touche un agent qui exerce sur un poste qui n’est pas créé à 100%* [↑](#footnote-ref-2)