|  |
| --- |
| Textes de référence :Code général de la fonction publiqueDécret n° 88-145 du 15 février 1988 modifiéDécret n° 91-298 du 20 mars 1991 modifié+ |
| **COLLECTIVITE** : ..................................................................................................Affaire suivie par : ..........................................Tél. : ..........................................Email : .......................................... |

**MODIFICATION DU TEMPS DE TRAVAIL**

**Le CST n’a pas à être saisi lorsque la modification n’excède pas 10% de la durée hebdomadaire (agents à temps non complet) et lorsqu’elle n’a pas pour effet de faire perdre le bénéfice de l’affiliation à la CNRACL.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Emploi / Poste concerné** | **Durée hebdomadaire** | **Date d’effet** |
| Ancienne | Nouvelle |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **motif de la modification (apporter les raisons précises et détaillées)** |
| ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

**Pièces à joindre**: avis de l’agent (en page 2)

A ……………………………………….

Le ……………………………………..

Le Maire – Le Président

*(cachet de la collectivité)*

**Document à compléter uniquement en cas de modification de l’emploi occupé par l’agent**

|  |
| --- |
| **COLLECTIVITE** :  |
| Je, soussigné (Nom et Prénom) ....................................................................................................Qualité statutaire (stagiaire, titulaire, non titulaire) : .......................................................................Grade détenu : ...........................................................................................................................occupant un emploi de (fonctions) : ..............................................................................................Durée hebdomadaire : ..........................**Reconnais avoir pris connaissance du projet de modification de l'emploi que j'occupe, à savoir :**  |
| Durée hebdomadaire actuelle : ........................... | Durée hebdomadaire envisagée : ........................ |
| Dans le cas où la durée hebdomadaire passe de 28 heures ou plus à moins de 28 heures, l’agent titulaire déclare avoir été informé des conséquences de ce changement, à savoir :1/ Changement de régime de retraite (perte de l’affiliation à la CNRACL)2/ Changement des avantages en espèces en cas de maladie, maternité, invalidité, décès. |
| **Donne mon accord pour la transformation de l'emploi que j'occupe : 🞏 Oui 🞏 Non** |
| Fait à .............................................. le .........................................Signature de l’agent |