**DEMANDE ANNUELLE D’ALIMENTATION D’UN COMPTE EPARGNE-TEMPS**

***A TRANSMETTRE AU SERVICE GESTIONNAIRE***

Délibération en date du………………….déterminant les règles d’ouverture, de fonctionnement, de gestion et de fermeture du compte épargne-temps ainsi que les modalités d’utilisation par les agents de la commune de …………………,

*Monsieur/Madame* le …………… (*Maire, Président*) de …………. (*nom de la collectivité ou de l'établissement*)

Je soussigné(e),

Nom : ...............................................................................................................................

Prénom : ..........................................................................................................................

Service : ...........................................................................................................................

Statut : titulaire ou contractuel de droit public

Catégorie : …………………………………………………………………………………..

Grade (ou emploi) : ..........................................................................................................

Quotité de travail : O Temps complet

O Temps non complet (*indiquer la durée hebdomadaire de travail*)…

O Temps partiel *(indiqué la quotité travaillée*) ………

DATE D’OUVERTURE DU COMPTE EPARGNE-TEMPS :

Demande le versement sur mon compte épargne-temps de \_\_\_\_\_\_ jour(s), au titre de l’année \_\_\_\_\_\_\_\_\_ dont :

* \_\_\_\_\_\_ jour(s) de congé(s) annuel(s) (maximum ….. jours)
* \_\_\_\_\_\_ jour(s) de R.T.T. (maximum …… jours)
* \_\_\_\_\_\_ jour(s) de repos compensateurs (maximum …… jours)

Fait à ………………………... Le, ………………………….

Signature de l’agent

|  |
| --- |
| Décision de l’autorité administrative : OUI NON\*Motifs (en cas de refus) |