**DEMANDE D’OUVERTURE ET DE PREMIERE UTILISATION DU CET**

***A TRANSMETTRE AU SERVICE GESTIONNAIRE***

***(Si prise de délibération)*** 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*) ………

* Demande l'ouverture d'un compte épargne-temps dans les conditions fixées par le décret n° 2004- 878 du 26 août 2004 et la délibération précitée en date du ………………… ***(si prise d’une délibération)***
* Demande un premier versement sur mon compte épargne-temps de … jours dont :
	+ …….. jours de congés annuels (exemple : 5 jours maximum si l’agent travaille 5jours par semaine. Le nombre de jour est à proratiser selon le nombre de jour travailler.),
	+ …….. jours de fractionnement
	+ …..… jours ARTT,
	+ …..… jours de repos compensateurs.

J’ai pris connaissance du fait que je ne peux être titulaire que d’un compte épargne temps.

Veuillez agréer, *Monsieur/Madame* le ………….. (*Maire, Président*), ………………….. (*formule de politesse*)

Fait à ………………………... Le, ………………………….

Signature de l’agent

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

Fait à ………………………... Le, ………………………….

Signature de l’autorité administrative