#  A établir en deux exemplaires 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 collectivité :** **Nombre d’habitants** (pour établissement, calcul de la moyenne arithmétique) :

**Position statutaire de l’agent :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Titulaire
 | * Stagiaire
 | * Non titulaire
 |

Motifs de la demande (**à détailler**) :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| Grade | Nom et prénom de l'agent |  Durée hedomadairede service **actuelle** |  Nouvelle durée  hebdomadaire  envisagée | Variation du temps de travail (%)  | Date d'effet souhaitée |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Fait à…………………….., le  |

 Signature de l’autorité territoriale

##### Avis Avis du comité technique en date du ……………………..

**FAVORABLE – DEFAVORABLE**

Observations :.……………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Le Président du CT,

***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 CT.**