****

**PROPOSITION DE MODIFICATIONS**

**DE DURÉE HEBDOMADAIRE DE TRAVAIL**

Code Général de la Fonction Publique – Articles L542-1 à L542-5 **([[1]](#footnote-1))**

🞎 commune : Code Postal : ……………………………..

Nombre d’habitants :

🞎 Établissement public :

Adresse :

Nombre de collectivités adhérentes :

**EMPLOI CONCERNÉ** : Grade :

🞎 Augmentation de durée hebdomadaire 🞎 Diminution de durée hebdomadaire **(1)**

**(exprimée en centièmes) (exprimée en centièmes)**

Ancienne durée : Nouvelle durée :

Date d’effet proposée**([[2]](#footnote-2))** : ………./………./……….

Motif**([[3]](#footnote-3))** :

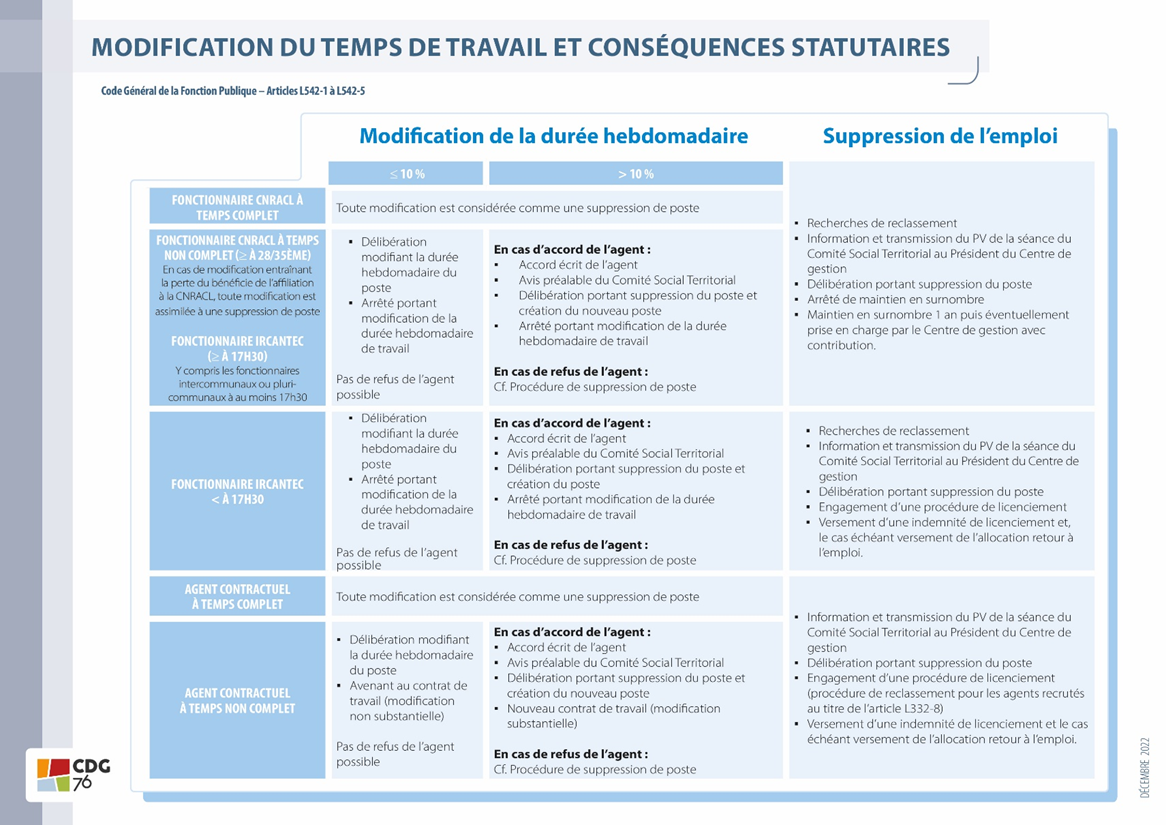
*En cas de* ***diminution de la durée hebdomadaire****, les heures réduites sont-elles* ***supprimées ou réattribuées****?*

**AGENT CONCERNÉ** : 🞎 Titulaire 🞎 Stagiaire 🞎 Contractuel

Fonctions exercées :

Avis de l’agent **([[4]](#footnote-4))** 🞎 Favorable 🞎 Défavorable

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Fait à …………………………………………….  Le ………………………………………………….  L’AUTORITÉ TERRITORIALE |  |



1. **Rappel au dos des conséquences de la diminution de la durée hebdomadaire au regard de la situation statutaire de l’agent.** [↑](#footnote-ref-1)
2. Obligatoirement **postérieure** à la notification de l’avis du Comité Social Intercommunal. [↑](#footnote-ref-2)
3. Joindre le projet de délibération. [↑](#footnote-ref-3)
4. Joindre l’accord ou le refus **écrit** de l’agent. [↑](#footnote-ref-4)