



**OUVERTURE ET ALIMENTATION
C.E.T.**

Je soussigné(e),

NOM et Prénom :

Grade :

Service :

Statut : titulaire / contractuel (*)

Quotité de travail : temps complet / temps partiel à% / temps non complet à/35^{ème} (*)

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 du conseil municipal N° 147/05 du 6 juillet 2005.

Demande un premier versement sur mon compte épargne temps de jours (dans la limite de 60 jours) dont :

- jours de congés annuels (maximum : 5 jours auxquels peuvent s'ajouter un ou deux jours de fractionnement) ;
- jours A.R.T.T. ;
- jours de repos compensateurs.

Fait à, le
Signature de l'agent

Décision du chef de service : OUI / NON (*)

Motifs (en cas de refus) :
.....
.....

Fait à, le
Signature du chef de service

(*) Rayer la mention inutile.