**DEMANDE ANNUELLE D’ALIMENTATION**

**D’UN COMPTE EPARGNE-TEMPS**

Vu le Code général de la fonction publique,

Vu le décret n°2004-878 du 26 août 2004 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique territoriale,

Vu le décret n°2018-1305 du 27 décembre 2018 relatif à la conservation des droits à congés acquis au titre d’un compte épargne temps en cas de mobilité des agents dans la fonction publique,

Vu la 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 …………………,

**NOM** :

**PRENOM** :

**SERVICE** :

**STATUT :** titulaire □ contractuel □

**CATEGORIE :**

**GRADE** :

**QUOTITE DE TRAVAIL** : temps plein □ temps partiel (\_\_\_ %) □ temps non complet □

**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)
* ……. jour(s) de R.T.T
* ……. jour(s) de repos compensateurs

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature de l’agent : | Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Visa du chef de service : |
| Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Visa du Directeur Général : | Décision de l’autorité territoriale :OUI □ NON □Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature de l’autorité territoriale : |