

SAISINE DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL (CST)

SEANCE ORDINAIRE EXTRAORDINAIRE

SEANCE

OBJET : MODIFICATION DE LA DUREE HEBDOMADAIRE

COLLECTIVITE/ETABLISSEMENT PUBLIC :

Ville :



Nombre d'habitants :

Personne en charge du dossier

☎ :/...../...../...../..... Mail :

Nombre d'agents : → Titulaires : Stagiaires : Contractuels :

Textes principaux de référence :

-  Article L-542-3 du Code général de la fonction publique
-  Décret n°91-298 du 20 mars 1991 (art18)

1. Modification horaire envisagée :

- Augmentation supérieure à 10 % du temps de travail pour les temps non complets
- Diminution supérieure à 10 % du temps de travail pour les temps non complets
- Diminution remettant en cause l'affiliation CNRACL pour les temps non complets

2. Situation administrative :

| Situation actuelle | Situation envisagée à compter du/...../..... |
|--|--|
| <u>Qualité</u> : <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> contractuel <u>Type</u> : <input type="checkbox"/> Cas général (un emploi unique chez un employeur unique) <input type="checkbox"/> Intercommunal (un grade unique mais plusieurs employeurs) <input type="checkbox"/> Polyvalent (plusieurs grades chez un seul employeur) <input type="checkbox"/> Pluri communal (emplois de grades différents chez différents employeurs) <u>Régime</u> : <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> IRCANTEC <u>Grade</u> : <u>Emploi occupé</u> : <u>Durée hebdomadaire (1) de l'emploi</u> : <small>(1) A préciser en centième pour les agents annualisés</small> | <u>Qualité</u> : <input type="checkbox"/> stagiaire <input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> contractuel <u>Type</u> : <input type="checkbox"/> Cas général (un emploi unique chez un employeur unique) <input type="checkbox"/> Intercommunal (un grade unique mais plusieurs employeurs) <input type="checkbox"/> Polyvalent (plusieurs grades chez un seul employeur) <input type="checkbox"/> Pluri communal (emplois de grades différents chez différents employeurs) <u>Régime</u> : <input type="checkbox"/> CNRACL <input type="checkbox"/> IRCANTEC <u>Grade</u> : <u>Emploi occupé</u> : <u>Durée hebdomadaire (1) de l'emploi</u> : <small>(1) A préciser en centième pour les agents annualisés</small> |

3. Motifs de la modification :

.....

.....

.....

.....

4. Impact(s) de la modification sur le service

.....

.....

.....

5. Avis de l'agent* : Accord Refus Non transmis

***Faire compléter le document « Avis de l'agent » par l'agent et le joindre au dossier**

6. Les jours et horaires de travail (Préciser obligatoirement l'organisation du travail et détailler les horaires dans le respect des garanties minimales suivantes)

Article 3 du Décret 2000-815 du 25 août 2000

- ✓ La durée hebdomadaire du travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder ni quarante-huit heures au cours d'une même semaine, ni quarante-quatre heures en moyenne sur une période quelconque de douze semaines consécutives et le repos hebdomadaire, comprenant en principe le dimanche, ne peut être inférieur à trente-cinq heures.
- ✓ La durée quotidienne du travail ne peut excéder dix heures.
- ✓ Les agents bénéficient d'un repos minimum quotidien de onze heures.
- ✓ L'amplitude maximale de la journée de travail est fixée à douze heures.
- ✓ Le travail de nuit comprend au moins la période comprise entre 22 heures et 5 heures ou une autre période de sept heures consécutives comprise entre 22 heures et 7 heures.
- ✓ Aucun temps de travail quotidien ne peut atteindre six heures sans que les agents bénéficient d'un temps de pause d'une durée minimale de vingt minutes.

Hebdomadaire Cycle ou saison Temps de travail annualisé (dans ce cas joindre la fiche d'annualisation)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Pièce(s) jointe(s) au dossier :

.....
.....

8. Date d'effet : A compter du (**APRES avis du CST et délibération**)

Fait à le.....

Cachet et Signature de l'autorité territoriale

AVIS DE L'AGENT

SUR LA MODIFICATION DE LA DUREE HEBDOMADAIRE DE TRAVAIL

Je soussigné(e)* reconnais avoir pris connaissance du projet de modification de l'emploi que j'occupe,

au sein de(la commune, du syndicat, etc...)

au grade de,

à savoir

| Situation actuelle | Situation envisagée à compter du/...../..... |
|--|--|
| <u>Durée hebdomadaire de l'emploi :</u> h.....min hebdomadaires Ou ,..... heures annualisées | <u>Durée hebdomadaire de l'emploi :</u> h.....min hebdomadaires Ou ,..... heures annualisées |

donne mon accord pour cette transformation de l'emploi que j'occupe

OU

refuse la transformation de l'emploi que j'occupe

Observations complémentaires de l'agent :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à....., le

Signature de l'agent

* Les données collectées sur ce formulaire serviront uniquement au traitement de la demande de modification de la durée hebdomadaire de travail et à aucune autre fin. Les informations personnelles portées sur ce formulaire ne sont pas enregistrées dans un fichier informatisé et seront conservées de façon matérialisée dans les locaux du Centre de gestion pendant 5 ans puis définitivement aux archives départementales. Conformément à la loi « informatique et libertés de 1978 modifiée [et au Règlement Européen \(RGPD 2016/679\)](#), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en contactant le service comité technique.