|  |
| --- |
| **MODELE DE DEMANDE ANNUELLE D’ALIMENTATION** **D’UN COMPTE EPARGNE TEMPS** |

**A TRANSMETTRE AU PLUS TARD LE 31 DECEMBRE\* DE CHAQUE ANNEE AU SERVICE GESTIONNAIRE**

Je soussigné(e),

Nom : .............................................

Prénom : .........................................

Service : ..............................................

Statut : fonctionnaire titulaire ou agent contractuel de droit public\*\*

Grade (*ou emploi*) : .............................................................

Quotité de travail : Temps complet ; temps non complet *(indiquez le temps de travail)* ; temps partiel

Date d’ouverture du compte épargne temps : ………………………….

Demande le versement sur mon compte épargne temps de ……… jours (dans la limite de 60 jours maximum ou 70 jours selon des années particulières (Covid-19 en 2020, Jeux Olympiques en 2024) dont :

- …….. jours de congés annuels (*maximum : 5 jours auxquels peuvent s’ajouter un ou deux jours de fractionnement),*

- …..… jours ARTT,

- …..… jours de repos compensateurs (*si la délibération le permet*).

Fait à ………………………... le, ……………………….….

Signature de l’agent

Fait à ………………………... Le, ……………………….….

Signature de l’autorité administrative

*\* si cette date a été retenue par la délibération qui détermine les modalités de fonctionnement du CET dans la collectivité ou l’établissement*

*\*\* Rayer la mention inutile*