**Modèle d’arrêté**

***Portant attribution d’un complément de traitement indiciaire***

🕬 Les mots inscrits en italique et cet encadré doivent faire l’objet d’un choix et/ou être enlevés dans la version définitive de l’arrêté.

*Logo ou blason de la collectivité ou de l’établissement public*

*Nom du département*

*Nom de l’arrondissement*

*Nom de la collectivité ou de l’établissement public*

**Arrêté n°20***…* **- …** *(n° d’ordre)*

**portant attribution d’un complément de traitement indiciaire**

**à** *Madame ou Monsieur* **…** *(Nom et prénom de l’agent)*

*Le-La Maire-Président-Présidente de* *(nom de la collectivité ou de l’établissement public sauf si vous inscrivez ce nom en haut à gauche),*

Vu le Code général des collectivités territoriales, notamment son article[[1]](#footnote-1)

Vu le Code général de la fonction publique, notamment son article L.712-1

**Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, notamment son article 1 ;**

Vu la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 modifiée, et notamment son article 48,

Vu le décret n°2020-1152 du 19 septembre 2020 modifié relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics,

*Le cas échéant Vu le décret n°91-298 du 20 mars 1991 modifié portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet (lorsque l’arrêté touche un agent qui exerce sur un poste qui n’est pas créé à 100%)*

Vu l'arrêté n°… *(n° d’ordre)* en date du … nommant *Monsieur/Madame* … *(Nom, prénom)***,** … *(grade)* stagiaire/titulaire à temps complet/temps non complet, au … *(nombre)* échelon de son grade, indice brut …, indice majoré …, à compter du … *(date)*,

Considérant que *Monsieur/Madame* … *(Nom, prénom)***,** exerçant des fonctions de … *(dénomination des fonctions)* au sein de … *(citer la collectivité ou l’établissement ou le service pouvant ouvrir droit au bénéfice du CTI)*, depuis le … *(date)*, remplit les conditions pour bénéficier du complément de traitement indiciaire

**ARRÊTE**

**Article 1 :**

A compter du … *(date à déterminer selon les fonctions exercées par l’agent et la catégorie du service ou de l’établissement au sein duquel il exerce 🠞* [*cf. tableau*](https://www.cdg45.fr/wp-content/uploads/2023/01/Etude-Le-complement-de-traitement-indiciaire.pdf) *ou date de recrutement si postérieure), Monsieur/Madame* … *(Nom, prénom)***,** perçoit mensuellement un complément de traitement indiciaire de 49 points d’indice majoré*.*

**Article 2 :**

Le complément de traitement indiciaire est versé mensuellement

**Article 3 :**

Le montant brut du complément de traitement indiciaire suit l'évolution de la valeur du point d'indice.

*Le cas échéant* **Article 4 :**

Ce complément suit le sort du traitement.

*Monsieur/Madame* … *(Nom, prénom)*étantà *temps non complet ou à temps partiel*, le complément de traitement indiciaire est calculé au prorata *du temps de travail (agent à temps non complet) ou du pourcentage du temps de travail (agent à temps partiel)*

*Le cas échéant, pour les agents exerçant dans plusieurs établissements),* Le complément de traitement indiciaire est calculé au prorata de … *(nombre d’heures hebdomadaires dans l'établissement concerné)*.

**Article 4 ou 5 :**

Le complément de traitement indiciaire est soumis aux mêmes cotisations que le traitement indiciaire.

**Article 5 ou 6 :**

*Le Directeur général des services ou La secrétaire de mairie* est *chargé(e)* de l’exécution du présent arrêté.

**Article 6 ou 7 :**

Une ampliation sera adressée *au Président/ à la Présidente* du Centre départemental de gestion de la fonction publique territoriale du Loiret et au comptable principal de … (*nom de la commune ou de l’établissement public*).

**Article 7 ou 8 :**

Le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours gracieux auprès du *Maire de la commune* *OU du Président/ de la Présidente de … (dénomination de la collectivité territoriale ou de l’établissement public concerné)* et/ou d’un recours contentieux auprès du Tribunal Administratif d’Orléans, situé 28 rue de la Bretonnerie, 45057 Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l’application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet http://telerecours.fr

*Monsieur ou Madame le* *Maire-Président/Présidente* certifie, sous sa responsabilité, le caractère exécutoire du présent arrêté.

*Le-la* *Maire-Président/Présidente*

*NOM Prénom*

Fait à … *(nom de la commune ou de la commune siège de l’établissement public)*

Le … *(date)*

Notifié le … *(date)*

Signature de l’agent :

Cet arrêté n’est pas transmis au Représentant de l’Etat

1. *L.2122-18 (commune) ou L.3221-3 (département) ou L.4231-3 (région) ou L.5211-9 (intercommunalité)* [↑](#footnote-ref-1)