Délibération portant modification de la durée hebdomadaire d’un emploi

(Modification supérieure à 10% du temps de travail)

Le ………………(date), à ………………(heure), en ………………………………………(lieu), se sont réunis les membres du Conseil Municipal (ou autre assemblée), sous la présidence de ………………………,

Etaient présents : …………………………………………………………

Etaient absent(s) excusé(s) : ………………………………………………

Le secrétariat a été assuré par : ……………………………………………

Le conseil municipal/communautaire/syndical de ….

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le code général de la fonction publique territoriale ;

Vu la délibération en date du …/…/….. créant l’emploi de.................................., à une durée hebdomadaire de ………

Vu l’avis du Comité social territorial rendu le………..

**Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président expose à l’assemblée** la nécessité de modifier la durée hebdomadaire de travail d'un emploi de ………………………………… (indiquer le(s) grade(s) et l'emploi concerné) permanent à temps complet ou non complet (……….heures hebdomadaires) afin de ………………. (exposer les nécessités de services qui conduisent au projet de modification du temps de travail).

**Le Conseil Municipal (ou autre assemblée : conseil syndical, …….), sur le rapport de Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président et après en avoir délibéré,**

**Décide** :

**Article 1**

la suppression, à compter du ……………, d’un emploi permanent à temps complet ou non complet (……..heures hebdomadaires) de …………………………………………….. (indiquer le(s) grade(s) et l’emploi concerné),

**Article 2**

la création, à compter de cette même date, d’un emploi permanent à temps complet ou non complet (……..heures hebdomadaires) de …………………………………………….. (indiquer le(s) grade(s) et l’emploi concerné),

**Précise :**

que les crédits suffisants sont prévus au budget de l'exercice (uniquement en cas d'augmentation du temps de travail).

**Ainsi fait et délibéré les jours, mois et an ci-dessous.**

Fait à ........................., le ..../..../....

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président,

(nom, prénom et qualité lisible)

Madame la Maire / Monsieur le Maire / Madame la Présidente / Monsieur le Président certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte et informe que la présente délibération peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Toulouse dans un délai de 2 mois, à compter de la présente publication, par courrier postal (68 rue Raymond IV, BP 7007, 31068 Toulouse Cedex 7 ; Téléphone : 05 62 73 57 57 ; Fax : 05 62 73 57 40) ou par le biais de l’application informatique Télérecours, accessible par le lien suivant : <http://www.telerecours.fr>.