**ARRÊTÉ**

**DE TITULARISATION À TEMPS COMPLET OU À TEMPS NON COMPLET**

**(à raison de [heures] heures hebdomadaires)**

**DE M. ou Mme [Nom Prénom]**

**GRADE [grade]**

Le Maire *(ou le Président)* de [collectivité ou établissement public],

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires,

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale,

Vu le décret n° [numéro du décret] du [date] portant statut particulier du cadre d'emplois des [cadre d’emploi],

(Le cas échéant)Vu le décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dis positions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet,

Vu l’arrêté à effet du [date] nommant M. ou Mme [Nom, Prénom] dans le grade de [grade] en qualité de stagiaire, et le classant au [échelon] échelon, Indice Brut [IB], Indice Majoré [IM], avec une ancienneté de [ancienneté],

(Le cas échéant)Vu l’arrêté à effet du [date] prorogeant le stage pour une durée de [durée],

(Le cas échéant)Vu l’arrêté d’avancement à la durée maximale pendant le stage, à effet du [date], au [échelon] échelon, Indice Brut [IB], Indice Majoré [IM],

Vu l’attestation de suivi de la formation d’intégration établie par le Président du CNFPT*,*

Considérant que la période de stage accomplie est satisfaisante,

Considérant l’ancienneté acquise au titre de la période de stage *(ou, le cas échéant, depuis le dernier avancement d’échelon)*,

(Le cas échéant)Considérant la durée totale des :

. Congés de maladie, accident du travail, [durée]

. Congés de maternité, paternité, adoption, [durée]

. Congés sans traitement [durée]

(Le cas échéant***)*** Considérant que M. ou Mme [Nom, Prénom] bénéficie d’un temps partiel de [prorata] % depuis le [date],

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1 :**

À compter du [date], M. ou Mme [Nom, Prénom] est titularisé(e) dans le grade de [grade], sur un emploi à temps complet ou à temps non complet à raison de [heures] heures hebdomadaires,

**ARTICLE 2 :**

À la date précitée, M. ou Mme [Nom, Prénom] est classé(e) au [échelon] échelon, Indice Brut [IB], Indice Majoré [IM], avec une ancienneté de [durée ancienneté],

**ARTICLE 3 :**

Le Secrétaire général *(ou le Directeur général)* est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Transmis au représentant de l'État,

- Notifié à l'intéressé*(e)*.

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de gestion,

- Comptable de la collectivité.

Fait à [commune], le [date]

Le Maire *(ou le Président),*

Le Maire (ou le Président),

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Le tribunal administratif peut aussi être saisi par l’application informatique « Télérecours Citoyens » accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Notifié le [date] Signature de l’agent :