



CENTRE DE GESTION DE LA
FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Village des Collectivités Territoriales

1 avenue de Tizé - CS 13600 - 35236 THORIGNÉ-FOUILLARD CEDEX - Téléphone 02 99 23 31 00 - Télécopie 02 99 23 38 00 - E-mail : contact@cdg35.fr - www.cdg35.fr

DEMANDE D'OUVERTURE ET DE PREMIERE ALIMENTATION DU COMPTE EPARGNE TEMPS

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Service :

Statut : titulaire, contractuel,

Catégorie : Grade :

Quotité de travail : ☐ Temps complet

☐ Temps non complet *durée hebdomadaire de travail*

☐ Temps partiel *quotité travaillée* :

Conformément aux dispositions en vigueur, je demande :

☐ l'ouverture d'un Compte Epargne-Temps dans les conditions fixées par la délibération n° 19-49 en date du 4/07/2019 fixant les modalités de mise en oeuvre du Compte Epargne Temps.

☐ pour l'année 20..... un versement sur mon Compte Epargne Temps de :

- jours de congé annuels,

- jours ARTT **Soit : jours**

J'ai pris connaissance du fait que je ne peux être titulaire que d'un seul compte épargne temps.

Fait à

Le

Signature de l'agent :

Reçue/Déposée le.....au service gestionnaire

☐ Accord ☐ Refus *motif si refus*

Signature de l'autorité territoriale :