



ALIMENTATION ET/OU INDEMNISATION DU COMPTE EPARGNE TEMPS

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

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

Nombre total de jours sur mon C.E.T. au 31/01/20__ :

Conformément aux dispositions en vigueur, je demande :

- Option 1 : Le versement au régime de retraite additionnelle (RAFP) de :

- jours de congés annuels,

- jours de RTT **Soit :jours**

Ces jours seront supprimés de mon C.E.T.

- Option 2 : L'indemnisation pour l'année 20__ de :

- jours de congés annuels,

- jours de RTT **Soit :jours**

Ces jours seront supprimés de mon C.E.T.

- Option 3 : Le versement sur mon C.E.T. pour l'année 20__ de :

- jours de congés annuels,

- jours de RTT **Soit :jours**

Nombre total de jours sur mon C.E.T. au 01/02/20__ :

J'ai pris connaissance du fait que je ne peux être titulaire que d'un seul Compte Epargne Temps.

Fait à

Le

Signature de l'agent :

Reçue/Déposée leau service gestionnaire

☐ Accord ☐ Refus : motif :

Signature de l'autorité territoriale :