ARRÊTÉ

PORTANT ATTRIBUTION DU CTI (Complément de Traitement Indiciaire)

DE M/MME ................... GRADE .....................................

Le Maire/Président de ……………………..,

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales,

Vu le Code Général de la Fonction Publique notamment ses articles L 712-1 et L 712-2

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

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

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

Considérant que Mme/M. ………………………., (grade) à temps complet ou non complet (…/35) … exerce les fonctions de …. dans l’établissement (ou structure – service) suivant …………………

**ARRÊTE**

**ARTICLE 1** : Mme/M ……………. grade ……………. à temps complet ou temps non complet … /35 perçoit à compter du ………. un complément de traitement indiciaire de .. points d’indice majoré.

**ARTICLE 2**: Le complément de traitement indiciaire est versé mensuellement à terme échu. Il est réduit, le cas échéant, dans les mêmes proportions que le traitement**.**

**ARTICLE 3** : Le complément de traitement indiciaire fait l'objet de prélèvements obligatoires et est soumis aux contributions et cotisations d’assurance retraite, dans les mêmes conditions que celles fixées pour le traitement.

**ARTICLE 4** : Le Directeur Général des services/ la Directrice Générale est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera :

- Notifié au fonctionnaire

Ampliation adressée au :

- Président du Centre de Gestion,

- Comptable de la collectivité.

Fait à …… le …….,

Le Maire (ou le Président),

*(prénom, nom lisibles et signature)*

*ou*

Par délégation,

*(prénom, nom, qualité lisibles et signature)*

*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, dans un délai de deux mois à compter de la présente notification, par courrier adressé au Tribunal Administratif de Nantes ou par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site* [*www.telerecours.fr*](http://www.telerecours.fr)*.*

*Notifié le .....................................*

*Signature de l’agent :*