**République Française**

**------------**

**Liberté - Egalité – Fraternité**

**-------------**

**ARRETE DU MAIRE OU DU PRESIDENT**

TITULARISATION D’UN STAGIAIRE

A TEMPS COMPLET OU TEMPS NON COMPLET (……H)

**Le Maire de la commune ………………………………,**

**Le Président de …………………………………………,**

**Vu** le code général des collectivités territoriales,

**Vu** le décret n° …… du …… portant statut particulier du cadre d’emplois des …………,

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

**Vu** l’arrêté en date du ……………, nommant M……………………… en qualité de ……………………. stagiaire, à compter du ………………, ……ème échelon, IB: …… – IM: ……, avec une ancienneté au ……………,

**Vu** l’attestation de suivi de la formation d’intégration établie par le Président du C.N.F.P.T. en date du ……………………………..*,*

**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),

Vu le rapport de stage en date du …………………………….

*(le cas échéant)* Considérant que M ……… bénéficie d’un temps partiel à raison de … % depuis le ………,

**ARRETE**

**Article 1:** **M………………………………………** est titularisé(e) dans l'emploi de **…………………………** à **temps (non) complet (……h)** à compter du **……………………**.

**Article 2:** L’intéressé classé au **……ème échelon** de son grade sera rémunéré par référence à l’indice Brut **……** – Majoré **……, (***affecté du coefficient ……/35ème* ), augmenté de l’indemnité de résidence (*proratisée)* (s’il y a lieu) et du supplément familial (*propratisé*) (s’il y a lieu), avec une ancienneté au **…………………** pour son avancement.

***OU*** *pour les :*

*• les 7 premiers échelons de l’échelle C1, les 3 premiers échelons de l’échelle C2, les 3 premiers échelons d’agent de maîtrise, les 2 premiers échelons du premier grade du (NES), les 2 premiers échelons des grades d’aide-soignant de classe normale, d’auxiliaire de puériculture de classe normale et de moniteur·-éducateur· et intervenant· familial.*

**Article 2 :** *L’intéressé classé au …...ème échelon de son grade Indice Brut …….. percevra le traitement minimum afférent à* ***l’indice majoré 352*** *correspondant à* ***l’indice brut 382*** *(affecté du coefficient ……/35ème* ), augmenté de l’indemnité de résidence (*proratisée)* (s’il y a lieu) et du supplément familial (*propratisé* ) (s’il y a lieu), avec une ancienneté au **…………………** pour son avancement.

*L'agent(e) conservera le bénéfice de ce minimum de traitement, jusqu'au jour où il /elle bénéficiera dans son grade d'un traitement au moins égal.*

**Article 3:** Conformément à l'article R 421-5 du Code de Justice Administrative, le Tribunal Administratif de BASTIA peut être saisi par voie de recours formé contre la présente décision dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

**Article 4:** Ampliation du présent arrêté sera transmise au Président du Centre Départemental de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Corse du Sud, au Receveur Municipal / Syndical et, à l'Intéressé(e).

**Fait à ………………………………………… Le ………………………**

**Le Maire, le Président,**

Le Maire, 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.

**Notifié à l'agent, le …………………………**

**Signature**