

Annexe 1 :

DEMANDE D'OUVERTURE ET/OU D'ALIMENTATION D'UN COMPTE EPARGNE TEMPS

A adresser avant le 31 janvier de l'année

Nom :

.....

Prénom :

.....

Service :

.....

Agent : Titulaire Contractuel

Grade ou cadre d'emplois de référence :

Position : En activité

 Détaché

 Mis à disposition

Quotité de travail : Temps plein

 Temps non complet Durée hebdomadaire :h

 Temps partiel Quotité :%

Sollicite l'ouverture d'un Compte épargne Temps et atteste avoir pris connaissance de ses conditions de mise en œuvre

Sollicite le versement de jours non pris, sur mon Compte épargne Temps

Détail de la demande :

	Droit au titre de l'année concernée	Nombre de jours pris sur l'année en cours	Nombre de jours non pris	Nombre de jours versés sur le CET
Congés				

Fait à, le

L'agent	La secrétaire de Mairie	L'autorité Territoriale

Date de transmission de l'acte: 04/04/2025
Date de reception de l'AR: 04/04/2025
062-216202903-DE_2025_008-DE
A G E D I