Date de séance : …… / …… / …

**Textes de référence :**

* Code général de la fonction publique
* Décret n° 2021-571 du 10 mai 2021 relatif aux comités sociaux territoriaux des collectivités territoriales et de leurs établissements publics
* Décret n° 2001-623 du 12 juillet 2001 pris pour l'application de l'article 7-1 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 et relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique territoriale
* Circulaire du 18 janvier 2012 relative à la réduction des droits à RTT en cas de congé pour raison de santé dans la fonction publique
* Circulaire du 31 mars 2017 relative à l'application des règles en matière de temps de travail dans les trois versants de la fonction publique

Nom et adresse de la Collectivité

OU DE L’ETABLISSEMENT concerne

CONTACT EN CHARGE DU DOSSIER

TELEPHONE - MAIL

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………

**Les formulaires de saisine du CST ne doivent pas être nominatifs.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’habitants** | **Nombre d’agents titulaires** | **Non titulaires** | **Stagiaires** |
|  |  |  |  |

**Documents de gestion de personnel établis dans la collectivité :**

Tableau des effectifs 🞎 Organigramme 🞎 Fiches de poste 🞎 Règlement intérieur 🞎

**PROTOCOLE PROPOSE) :**

- Date d’entrée en vigueur du protocole :

Principes de l’ARTT :

- Durée moyenne hebdomadaire de travail dans la collectivité :

- Nombre de jours RTT :

- Période de liquidation des jours RTT :

- Modalités de liquidation des jours RTT :

- Cycle de travail :

- Horaires 🞏 fixes 🞏 variables

- Horaires décalés : 🞏 oui 🞏 non

- Travail de nuit : 🞏 oui 🞏 non

Si oui, durée du travail de nuit :

- Autres :

- Création compte épargne-temps : 🞏 oui 🞏 non

- Recours à l'astreinte : 🞏 oui 🞏 non

Si oui, service(s) et modalités :

**ÉLÉMENTS D’INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :**

(*Exemple : Groupe de travail réuni tel jour, nombre de participants, réunion d’information des agents…*)

**Pièces à joindre:**

* Projet de Protocole ARTT

|  |
| --- |
| ❑ Autre(s) : …………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**En cas de modification de la délibération existante, précisez :**

SIGNATURE DE L’AUTORITE TERRITORIALE

***Fait à*** *(lieu)* ***:*** *………….……………………………………….….*

***Le*** *(date)****:*** *……/……/…………*

***Nom du Maire ou du Président :*** *……………………….……*

***Cachet de la collectivité et signature******de l’autorité territoriale***