

DEMANDE ANNUELLE D'ALIMENTATION D'UN COMPTE EPARGNE-TEMPS

*Décret n°2010-531 du 20 mai 2010
Délibération en date du 21/10/2010 déterminant les règles d'ouverture, de fonctionnement,
de gestion et de fermeture du compte épargne-temps ainsi que les modalités de son
utilisation par les agents de la Ville de Voiron et du CCAS*

A TRANSMETTRE CHAQUE ANNEE AVANT LE 31 DECEMBRE
A LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Service :

Statut : titulaire ☐ non-titulaire ☐

Grade:..... Fonction :

Quotité de travail : Temps complet ☐ Autre à préciser :

Date d'ouverture du **COMPTE EPARGNE TEMPS** :

Demande le versement sur mon compte épargne-temps de heures (maximum : 70 heures pour un TC) :

Pour le compte de l'année : *

| | |
|--|--|
| Fait à Le Signature de l'agent | Décision du Chef de Service : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Motifs (en cas de refus) : Fait à Le Signature du Chef de Service |
|--|--|

Décision du Directeur: OUI ☐ NON ☐
Observations :

Fait à Le
Signature du directeur

* Joindre obligatoirement le justificatif

Direction des Ressources Humaines

**COUPON REPONSE DE NOTIFICATION DE DECOMPTE
DE CET en date du:**

Solde avant alimentation :

Nom :

Prénom :

Service

Vu votre demande d'alimentation du , vous disposez désormais de heures.

**CE COUPON EST RETOURNE PAR LA DRH A L'AGENT SOUS COUVERT DU CHEF DE
SERVICE QUI EN CONSERVE UNE TRACE POUR GESTION**