**Arrêté portant attribution d’un complément de traitement indiciaire - SEGUR**

**De M………………………………………………….………………………………………………….**

**GRADE……………………………………………………… Temps de travail…………………**

**Exerçant les fonctions de…………………………………………………………………………**

**à compter du 1er septembre 2020**

Le Président de ……………………

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires (article 20 notamment),

Vu la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Territoriale (article 88),

Vu l’article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu le décret n°2021-166 du 16 février 2021 étendant le bénéfice du complément de traitement indiciaire à certains agents publics en application de l’article 48 de la loi no 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021,

Vu la situation de M. ................................, classé(e) dans le cadre d’emplois des………………………………. ....................................... au grade ………………………………………………. sur l’échelon ………..… ..... depuis le ...................., - indice brut …………....... – indice majoré ………….

  **ARRETE**

**ARTICLE 1 :** M…………………………….. (NOM et prénom de l’agent) …………………………………. (grade)…………………………………………………

au ........ ème échelon - échelle de rémunération ............................ qui perçoit depuis le .........................la rémunération afférente aux indices Brut : ................. - Majoré ................, percevra mensuellement un complément de traitement indiciaire à compter du 1er septembre 2020 de 24 points d’indice majoré.

**ARTICLE 2 :** M. …………………….….. percevra mensuellement un complément de traitement indiciaire de 49 points (24 + 25) d’indice majoré à compter du 1er décembre 2020 (le cas échéant au prorata de son temps de travail pour les agents à temps non complet ou de son taux de rémunération pour les agents à temps partiel).

**ARTICLE 3 :** Le Directeur général des services est chargé de l'exécution du présent arrêté dont ampliation sera insérée au dossier individuel de l'agent et transmise :

Au comptable de la collectivité,

A l'intéressé (e).

A , le

Le Président,

Nom, Prénom

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 de Clermont Ferrand soit par voie postale : 6 cours Sablon CS 90129 63033 Clermont Ferrand cedex 1 ou bien par voie électronique sur le site internet : [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

dans un délai de deux mois à compter de la présente notification.

Notifié le : ………………

Signature de l’agent :