**REPUBLIQUE FRANCAISE**

**DEPARTEMENT DE L’ALLIER (MODELE AGENTS TITULAIRES CNRACL DEVENANT IRCANTEC)**

**COMMUNE DE**

**EXTRAIT DU REGISTRE DES ARRÊTÉS DU MAIRE/PRESIDENT**

**ARRETE PORTANT CHANGEMENT DE REGIME DE RETRAITE**

**SUITE AU PASSAGE EN DESSOUS DU SEUIL D’AFFILIATION CNRACL**

**NOM PRENOM AGENT**

**LE PRESIDENT , LE MAIRE**

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982, modifiée, relative aux droits et libertés des Communes, Départements et Régions ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires ;

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

Vu la loi n° 2003-775 du 21 août 2003, modifiée, portant réforme des retraites ;

Vu la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites ;

Vu la Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l’avenir et la justice du système de retraites ;

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

VU l’arrêté de M. le Président/Maire de la commune de …………en date du ……………, portant radiation des cadres de M. ……………..à la date du……………..

VU l’arrêté de M. le Président/Maire de la commune de …………en date du ……………, portant diminution du nombre d’heures hebdomadaires de M. ……………..à la date du……………..

Considérant que le nombre d’heures hebdomadaires ne permet plus l’affiliation de M. ……………. au régime spécial de la CNRACL,

ARRETE

**ARTICLE 1er**   : A compter du ……………………M.……….ne sera plus affilié(e) , à la CNRACL ainsi qu’à la RAFP le cas échéant.

**ARTICLE 2**: A compter de cette même date, M……. cotisera auprès de l’URSSAF et de l’IRCANTEC.

**ARTICLE 3ème**: Ampliation du présent arrêté sera transmise pour information à :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * M. le Trésorier * M. le Président du Centre de Gestion de l’Allier * M. le Maire (autre collectivité) * CNRACL   \_ L’intéressé(e). | | | |
|  | |  |
| Le Président, Maire  **Certifie** sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,  **Précise** que le présent arrêté peut faire l’objet d’un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif dans un délai de 2 mois à compter de la présente notification. La juridiction administrative compétente peut aussi être saisie par l’application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr » | | **Fait à …………………..…, le ……………….**  **Le Président Le Maire** | |

**Signature de l'agent :**

**Notifié le :**