**Avenant au contrat à durée déterminée / indéterminé**

**portant attribution d’une indemnité équivalente
au complément de traitement indiciaire – SEGUR
 à Monsieur/Madame ……………………..,**

**(grade) contractuel, à temps complet/ temps non complet**

**Entre**

**…………………………………. représenté(e) par Le Maire/Président :**

**Et**

**Monsieur/Madame ……………………………….****, né(e) le …………………………… à……………………, demeurant à** **……………………………,**

Vu le Code Général de la Fonction Publique,

Vu le décret n°88-145 du 15 février 1988 pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale,

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

Vu le décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics,

Vu le contrat n° ……. du ………. fixant la dernière situation de Monsieur/Madame **………………..**, **(grade)** contractuel**, échelon,** indice brut………, indice majoré ……..,

Considérant que Monsieur/Madame **………………..**, exerçant des fonctions de …………… au sein d’un établissement pour personnes âgées dépendantes, depuis le ……………, remplit les conditions pour bénéficier d’une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire,

Il a été convenu ce qui suit :

**Article 1 :**

L’article n° ………… relatif à la rémunération est complété comme suit :

« À cette rémunération s’ajoute :

* Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire correspondant à 90 euros nets après déduction des cotisations salariales et des prélèvements sociaux à compter du 1er septembre 2020 (ou date de recrutement si postérieure);
* Une indemnité équivalente au complément de traitement indiciairecorrespondant à 183 euros nets (soit 90 euros + 93 euros) après déduction des cotisations salariales et des prélèvements sociauxà compter du 1er décembre 2020(ou date de recrutement si postérieure)

L’évolution de l’indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire est basée sur l’augmentation du point d’indice de la fonction publique territoriale.

Cette indemnité suit le sort du traitement. Elle est calculée au prorata du temps de travail pour les agents à temps non complet ou du taux de rémunération pour les agents à temps partiel. »

**Article 2 :**

Uneampliation du présent avenant sera transmise à :

* Monsieur le receveur municipal
* Monsieur le Président du Centre de gestion.

Cet avenant sera notifié à l’intéressé(e)**.**

Le Président/Maire certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte, informe que le présent avenant peut faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir devant le Tribunal Administratif de Nantes - 6, Allée de l'Ile Gloriette 44041 NANTES CEDEX - dans un délai de 2 mois à compter de la présente notification.

La juridiction administrative compétente peut également être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr/)

Fait à ……………….., le …………………..,

Signatures

Le Maire / Président L’agent,