Modèle à adapter n° 09-F-MOD15- CDG 53 – octobre 2023

**Arrêté n°\_\_\_\_\_ portant attribution de l’Indemnité Horaire de nuit (hors filière sociale médico-sociale) à *M./Mme* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(grade)***

*Le Maire (le Président)*

*Vu le code général de la fonction publique, notamment ses articles L712-1 et L714-4,*

*Vu le décret n° 61-467 du 10 mai 1961 relatif à l’indemnité horaire pour travail normal de nuit,*

*Vu l’arrêté ministériel du 30 août 2001 fixant les taux de l’indemnité horaire pour travail normal de nuit et de la majoration spéciale pour travail intensif,*

*Vu l’arrêté ministériel du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Vu la délibération du Conseil municipal (d’administration) en date du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portant création de l’indemnité horaire pour travail normal de nuit,*

*Vu le budget,*

**arrête :**

**Article 1**: **Attribution**

A compter du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il est attribué à *M./Mme* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*grade*), l’indemnité horaire pour travail normal de nuit effectué entre 21 heures et 6 heures. Lorsque le travail de nuit nécessitera un travail intensif, l’indemnité horaire pourra être majorée.

**Article 2** : **Montant**

Le montant de l’indemnité horaire pour travail de nuit et la majoration spéciale pour travail intensif sont ceux fixés par l’arrêté ministériel du 30 août 2001. Les montants seront revalorisés automatiquement lors des augmentations de ces taux par nouvel arrêté ministériel.

**Article 3** : **Voies et délais de recours**

En cas de contestation, le présent arrêté peut, dans un délai de deux mois à compter de sa notification à l’agent, faire l’objet d’un recours administratif préalable devant l’auteur de la décision et d’un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de NANTES.

**Article 4** : **Exécution**

Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le Président du Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Mayenne, M. le Comptable de la collectivité et à l’intéressé(e).

Notification à l’agent le:

Signature de l’agent

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le Maire, *(Le Président),*