****

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL**

**SUR AUTORISATION**

**DPEATSS**

**Année scolaire 2021-2022**

🗖 **NOUVELLE DEMANDE 🗖 RECONDUCTION TACITE**

**🗖 MODIFICATION DE LA QUOTITE DE TEMPS DE TRAVAIL**

**(Cocher les cases utiles)**

🗖 M. 🗖 Mme

Nom d’usage: …………………….. Nom patronymique : ………………. Prénom :………………..……………………………Grade : ……………………………………………

Etablissement d’exercice : ………………………………………………………………………………………………………………………

REGIME DE TEMPS PARTIEL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Je sollicite le bénéfice du travail à temps partiel à compter du

A …………………………………%

Pour une durée de un an

Je sollicite le bénéfice d’un travail à temps partiel annualisé ;

**Je choisis de travailler :**

¤pendant la première partie de l’année (01 septembre au 31 janvier)

¤pendant la seconde partie de l’année (01 février à la fin de l’année)

Motif de la demande :………………………………………………………………………………………..

Je souhaite surcotiser pour la retraite sur la base d’un taux plein

🗖 OUI

🗖NON

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

A compter du

|  |  |
| --- | --- |
| Avis du chef d’établissement ou du chef de service.  🗖 FAVORABLE 🗖 DEFAVORABLE (\*)  Motif du refus (\*)  …………………………………………………..  …………………………………………………..  Date ……………………signature……………… | Avis du Recteur  🗖 FAVORABLE 🗖 DEFAVORABLE (\*)  Motif du refus (\*)  ………………………………………………..  …………………………………………………..  Date ……………………signature |

Date : Signature de l’intéressé ( e ) :

****

**DPEATSS**

**DEMANDE DE TEMPS PARTIEL DE DROIT**

**Année scolaire 2021-2022**

🗖 **NOUVELLE DEMANDE 🗖 RECONDUCTION TACITE**

**🗖 MODIFICATION DE LA QUOTITE DE TEMPS DE TRAVAIL**

**(Cocher les cases utiles)**

🗖 M. 🗖 Mme

Nom d’usage: ……………………………………….. ;;Nom patronymique : …………………………………

Prénom : ………………..……………………………Grade : ……………………………………………

Etablissement d’exercice : ………………………………………………………………………………………………………………………

REGIME DE TEMPS PARTIEL

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

Je sollicite le bénéfice du travail à temps partiel à compter du

A …………………………………%

Pour une durée de 6 mois 🗖 un an 🗖

Je sollicite le bénéfice d’un travail à temps partiel annualisé à compter du : …../………../ pour une quotité de :…………………………

🗖 **DE DROIT A L’OCCASION DE LA NAISSANCE OU DE L’ADOPTION D’UN ENFANT (joindre pièce justificative)** Nom /Prénom de l’enfant : ………………………………………Né ( e) le :……/………/……………. (date de naissance ou d’adoption)

***Je note que le temps partiel cesse au 3 ème anniversaire de l’enfant ou le jour de l’échéance du délai de 3ans à copter de l’arrivée de l’enfant au foyer de l’enfant adopté. Pour le calcul de la pension de retraite, la période de ce travail à temps partiel est décomptée comme une période de travail à temps plein***

🗖 **DE DROIT POUR DONNER DES SOINS (joindre pièce justificative)**

Au titre :

🗖 du conjoint

🗖 d’un enfant à charge Prénom de l’enfant :…………………Né( e) le : ………/………/……….

🗖 d’un ascendant Qualité :……………………………………………………………………

***Je note que pour le calcul de la pension de retraite, la période de travail à temps partiel peut faire l’objet d’une surcotisation à pension civile et ne peut avoir pour effet d’augmenter la durée de liquidation de plus de 4 trimestres.***

|  |  |
| --- | --- |
| Avis du chef d’établissement ou du chef de service.  🗖 FAVORABLE 🗖 DEFAVORABLE (\*)  Motif du refus (\*)  …………………………………………..  …………………………………………………..  Date ……………………signature……………… | Avis du Recteur  🗖 FAVORABLE 🗖 DEFAVORABLE (\*)  Motif du refus (\*)  …………………………………………………..  …………………………………………………..  Date ……………………signature |

Date : Signature de l’intéressé ( e ) :

****

**DPEATSS**

**DEMANDE DE REINTEGRATION A TEMPS COMPLET**

**RENTREE SCOLAIRE 2021/2022**

Je soussigné( e)

Nom d’usage: ………………………………………Nom patronymique : …………………………….

Prénom : ………………..……………………………Grade : ……………………………………………

Etablissement d’exercice : ……………………………… ………………………………………………

Sollicite ma réintégration dans mes fonctions à temps complet

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

A compter du

|  |  |
| --- | --- |
| Avis du chef d’établissement ou du chef de service.  🗖 FAVORABLE 🗖 DEFAVORABLE (\*)  Motif du refus (\*)  …………………………………………………..  …………………………………………………..  …………………………………………………..  Date ……………………signature……………… | Avis du Recteur  🗖 FAVORABLE 🗖 DEFAVORABLE (\*)  Motif du refus (\*)  ………………………………………………..  …………………………………………………..  …………………………………………………..  Date ……………………signature |

Date : Signature de l’intéressé ( e ) :