

**DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL
SUR AUTORISATION
OU DE REPRISE A TEMPS COMPLET
ANNEE SCOLAIRE 2019 – 2020
A RETOURNER AVANT LE 15 FEVRIER 2019**

Nom d'usage : Nom patronymique :

Prénom : Date de naissance :

Numéro de téléphone : Adresse électronique :

Affectation en 2018-2019 :

Titulaire du poste OUI NON
 Je souhaite participer au mouvement intra-départemental 2019
 Je ne participerai pas au mouvement intra-départemental 2019

Participation aux permutations informatisées OUI NON

J'ai l'honneur de solliciter pour l'année scolaire 2019-2020

UNE REPRISE A TEMPS COMPLET

LE BENEFICIAIRE D'UN TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

50 % 3 demi-journées 2 demi-journées
 50 % annualisés
 Avec surcotisation (1) Sans surcotisation
Jour(s) non travaillé(s) souhaité(s) :

LIE A UN ETAT DE SANTE :

Personne concernée :
(Joindre un certificat médical récent)

POUR ELEVER UN ENFANT DE PLUS DE 3 ANS :

Nom prénom et date de naissance et âge de l'enfant au 01/09/2019 :
.....

AUTRE MOTIF (à expliciter) :

.....
.....
.....

(1) Je suis informé(e) que le temps partiel sur autorisation peut être comptabilisé, sur demande, comme une période de travail à temps plein, dans la limite de 4 trimestres (ou 8 pour les personnes handicapées) pour la liquidation des droits à pension, sous réserve d'une surcotisation. En cochant cette case, je m'engage à acquitter cette surcotisation.

Date et signature de l'intéressé(e)