

RECTORAT / DPAE

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | DEMANDE D'AUTORISATION DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL
OU MODIFICATION DE QUOTITE |
| <input type="checkbox"/> | DEMANDE DE REPRISE A TEMPS PLEIN APRES TRAVAIL A
TEMPS PARTIEL |

Je soussigné(e)

Nom, Prénom :

Né(e) le

Corps/grade

Etablissement d'affectation (adresse précise)

1 – Demande à reprendre à temps plein le :

2 – Sollicite l'autorisation d'exercer mes fonctions à% du service à temps complet, pour une période de 12 mois à compter du , renouvelable dans la limite de 3 ans (2 ans pour le motif de création d'entreprise)

3 – Demande à modifier la quotité de mon temps partiel à compter du :

Nouvelle quotité : %

AUTORISATIONS DE DROIT :

- Elever un enfant de moins de 3 ans
- Elever un enfant adopté, pendant 3 ans à compter de son arrivée au foyer
- Donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant
- Pour handicap (joindre la pièce justificative et produire après examen médical, l'avis du médecin de prévention).

MOTIFS SOUMIS A AUTORISATION :

- Convenances personnelles (Joindre toutes pièces justificatives que vous souhaitez soumettre à l'administration)
- Pour création ou reprise d'entreprise dans le cadre d'un cumul d'activité (préciser –
(Un dossier est à compléter parallèlement afin de permettre à l'administration d'apprécier la compatibilité de l'activité privée avec les fonctions précédemment exercées par l'agent dans le secteur public et saisir le cas échéant la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (HATVP).)

SURCOTISATION : NON OUI

Fait à , le
Signature de l'intéressé(e)

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE :
(pour les motifs soumis à autorisation)

Signature du chef d'établissement
ou de service

DECISION DU RECTEUR :

Date :