

DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

Nom :	Date de naissance :
Prénoms :	
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, établissement de rattachement :	à :

QUOTITE DE TRAVAIL

Cocher la quotité choisie : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% Pour les personnels enseignants , mentionner le nombre entier d'heures dont la quotité ne peut être inférieure à 50% et supérieure à 90%	Soit, en nombre d'heures :
---	-----------------------------------

TEMPS PARTIEL ANNUALISE (année scolaire) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, nbre d'heures :
Période travaillée :	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} partie de l'année scolaire	ou <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} partie de l'année scolaire
En cas de refus de l'annualisation, je choisis	<input type="checkbox"/> d'exercer à mi-temps de manière hebdomadaire	ou <input type="checkbox"/> de conserver un temps plein

Au titre de l'année scolaire 2017-2018, participation au mouvement 2018-19 :	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Pour les enseignants d'E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S. ? OUI NON

Je prends note que :
 ma demande est renouvelable PAR TACITE RECONDUCTION, DANS LA LIMITE DE 3 ANNEES (sauf cas d'annualisation)
 la quotité peut être modifiée par le service gestionnaire de plus ou moins 2 heures selon les nécessités de service

SURCOTISATION :
 Je demande à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein **dans la limite de 4 trimestres** et je déclare avoir pris connaissance du coût de ma sur-cotisation et ai noté que ma décision est **irrévocable**. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.
 Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein.

A _____ le _____ Signature de l'intéressé(e) :

Avis et observations du chef d'établissement :	<input type="checkbox"/> FAVORABLE	<input type="checkbox"/> DEFAVORABLE
Quotité proposée :	A _____, le _____ Signature	
En cas d'avis défavorable, motifs le justifiant :		

Décision du Recteur : <input type="checkbox"/> ACCORDEE <input type="checkbox"/> REFUSEE	QUOTITE HORAIRE et % :	A Aix-en-Provence, le _____
--	------------------------	-----------------------------

Imprimé à déposer, dûment renseigné, impérativement auprès des chefs d'établissement, qui devront le transmettre à la **DIPE** pour le 22 juin 2018 délai de rigueur.

DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL DE DROIT

Nom Prénom	Date de naissance :
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, établissement de rattachement :	à :

Motifs du Temps partiel de droit :

Naissance ou adoption d'un enfant (joindre pièce justificative)
 Date de naissance ou arrivée au foyer de l'enfant :

A formulé une demande de CLCA et souhaite exercer : strictement à 50% entre plus 50% et 80%

Soins
 Temps partiel pris par un fonctionnaire pour handicap

Quotité de travail choisie : 50% 60% 70% 80% à compter du : **Soit, en nombre d'heures :**

TEMPS PARTIEL ANNUALISE : OUI NON Si OUI, quotité : %

Période travaillée : 1^{ère} partie de l'année scolaire **ou** 2^{ème} partie de l'année scolaire

Au titre de l'année scolaire 2017-2018, participation au mouvement 2018 :	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

A compléter par les enseignants d'E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S.? OUI NON

SURCOTISATION Temps partiel de droit et retraite :

Pour les temps partiels de droit pour élever un enfant de moins de trois ans :

Je prends note que ma demande est renouvelable par **tacite reconduction dans la limite de 3 années**, sous réserve de production des pièces justificatives et que ce temps partiel ne donne pas lieu à sur cotisation (gratuité), et ce jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Pour les temps partiels de droit pour donner des soins :

Je souhaite sur-cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein dans la limite de quatre trimestres. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.

Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein

Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité au moins égale à 80 %) :

Je souhaite surcotiser pour cette période sur la base d'un temps plein au taux de 10.29 % dans la limite de huit trimestres. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.

Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein

Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité inférieure à 80%) :

Je souhaite sur-cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein dans la limite de quatre trimestres. Cette option porte sur toute la période visée par l'autorisation de travail à temps partiel dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.

Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein

A	le	Signature de l'intéressé(e) :
Observations du chef d'établissement :		A , le Signature,
DECISION RECTEUR : <input type="checkbox"/> ACCORDEE	QUOTITE HORAIRE et % :	A Aix-en-Provence, le

Imprimé à déposer, dûment renseigné, impérativement auprès des chefs d'établissement, qui devront le transmettre à la DIPE pour le 22 juin 2018 délai de rigueur.