

**ANNEXE 9 - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION  
(POUR LES PERSONNELS AYANT PARTICIPE AU MOUVEMENT 2019)**  
RECTORAT D'AIX-MARSEILLE ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

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 :

<b>QUOTITE DE TRAVAIL</b>	
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 <b>enseignants</b> , mentionner le nombre entier d'heures dont la quotité ne peut être inférieure à 50% et supérieure à 90%	<b>Soit, en nombre d'heures :</b>

<b>TEMPS PARTIEL ANNUALISE</b> (année scolaire) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, nbre d'heures :
Période travaillée :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> partie de l'année scolaire	ou <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> 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 2018-19, participation au mouvement de rentrée 2019 :	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<u>Pour les enseignants d'E.P.S.</u> : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S. ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 _____
En cas d'avis défavorable, motifs le justifiant :	Signature _____

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 26 juin 2019 délai de rigueur.

## ANNEXE 9 BIS - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL DE DROIT

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

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 :
<b>Motifs du Temps partiel de droit :</b> <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> strictement à 50% <input type="checkbox"/> entre plus 50% et 80% <input type="checkbox"/> Soins <input type="checkbox"/> Temps partiel pris par un fonctionnaire pour handicap	

_Quotité de travail choisie : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% à compter du :	<b>Soit, en nombre d'heures :</b>
--	-----------------------------------

TEMPS PARTIEL ANNUALISE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, quotité : %
Période travaillée : <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> partie de l'année scolaire <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> partie de l'année scolaire	

Au titre de l'année scolaire 2018-2019, participation au mouvement 2019	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.? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 26 juin 2019 délai de rigueur.