

ANNEXE 9 - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

(POUR LES PERSONNELS AYANT PARTICIPE AU MOUVEMENT 2021)

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2021-2022

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%	Soit, en nombre d'heures :
Pour les personnels enseignants , mentionner le nombre entier d'heures dont la quotité ne peut être inférieure à 50% et supérieure à 90%	

TEMPS PARTIEL ANNUALISE (demande à renouveler chaque année) (courrier explicatif): <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 demande <input type="checkbox"/> à exercer à temps partiel de manière hebdomadaire (préciser quotité si différente :%) ou <input type="checkbox"/> à conserver un temps plein	

Au titre de l'année scolaire 2020-2021, participation au mouvement de rentrée 2021:	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. ? <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 selon les nécessités de service
- que ma demande sera examinée à l'issue des mouvements INTER/INTRA si je participe aux opérations de mobilité

SURCOTISATION :
J'ai pris connaissance du montant indicatif mensuel de sur-cotisation (cocher une case suivante) :
<input type="checkbox"/> 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 . <u>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.</u>
<input type="checkbox"/> 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 /directeur de CIO: <input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE	A _____, le _____
Quotité proposée :	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 **jeudi 24 juin 2021** délai de rigueur.