

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

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 :

Pour les personnels **non-enseignants**, cocher la quotité choisie : 50% 60% 70% 80% 90%

TEMPS PARTIEL ANNUALISE :	<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	

Au titre de l'année scolaire **2017-2018**, participation au mouvement

INTER-ACADEMIQUE ? OUI NON

INTRA-ACADEMIQUE ? OUI 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 les services gestionnaires (DOS Rectorat ou IA) de **PLUS OU MOINS 2 HEURES**, selon les nécessités de service.

En cas de refus de l'annualisation, d'exercer à mi-temps de manière hebdomadaire **ou** de conserver un temps plein

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 surcotisation 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
En cas d'avis défavorable, motifs le justifiant :	A, le Signature

Avis des services académiques ou départementaux :	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE
Quotité proposée :	A, le Signature
Décision du Recteur : <input type="checkbox"/> ACCORDEE <input type="checkbox"/> REFUSEE	QUOTITE HORAIRE : A Aix-en-Provence, le

Imprimé à déposer, dûment renseigné, en deux exemplaires, impérativement auprès des chefs d'établissement qui devront les transmettre pour le **vendredi 23 juin 2017 aux services DOS/DSM et DIPE**

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 : <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 (cf page3) et souhaite exercer : <input type="checkbox"/> strictement à 50% <input type="checkbox"/> entre plus 50% et 80% <input type="checkbox"/> Soins : joindre : certificat médical d'un praticien hospitalier, à renouveler tous les 6 mois, et document attestant du lien de parenté (copie livret de famille ou pacs ou certificat de concubinage) <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 : Soit, en nombre d'heures	
TEMPS PARTIEL ANNUALISE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, quotité : %
Période travaillée : <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} partie de l'année scolaire ou <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} partie de l'année scolaire	
Au titre de l'année scolaire 2017-2018 participation au mouvement 2017	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 : <u>Pour les temps partiels de droit pour élever un enfant de moins de trois ans :</u> <input type="checkbox"/> 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. <u>Pour les temps partiels de droit pour donner des soins :</u> <input type="checkbox"/> Je souhaite surcotiser 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. <input type="checkbox"/> Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein <u>Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité au moins égale à 80%) :</u> <input type="checkbox"/> Je souhaite surcotiser pour cette période sur la base d'un temps plein au taux de 9.54% 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. <input type="checkbox"/> Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein <u>Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité inférieure à 80%) :</u> <input type="checkbox"/> Je souhaite surcotiser 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. <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) :	
Observations du chef d'établissement : A, le Signature,	
Observations des services académiques ou départementaux (DME/DOS) A, le Signature,	
DECISION RECTEUR: <input type="checkbox"/> ACCORDEE	QUOTITE HORAIRE : A Aix-en-Provence, le

Imprimé à déposer, dûment renseigné, en deux exemplaires, impérativement auprès des chefs d'établissement qui devront les transmettre pour le **vendredi 23 juin 2017 aux services DOS/DSM et DIPE**