

ANNEXE 9 - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**(POUR LES PERSONNELS AYANT PARTICIPE AU MOUVEMENT 2023)**

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

Nom :	Date de naissance :
Prénoms :	
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ? ☐ OUI ☐ NON	
Si OUI, établissement de rattachement :	à :

QUOTITE DE TRAVAIL	
Cocher la quotité choisie : ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 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 (demande à renouveler chaque année) (courrier explicatif): ☐ OUI ☐ NON		Si OUI, nbre d'heures :
Période travaillée :	☐ 1 ^{ère} partie de l'année scolaire ou ☐ 2 ^{ème} partie de l'année scolaire En cas de refus de l'annualisation, je demande ☐ à exercer à temps partiel de manière hebdomadaire (préciser quotité si différente :% ou ☐ à conserver un temps plein	

Au titre de l'année scolaire 2022-2023, participation au mouvement de rentrée 2023:	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 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) : ☐ 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> ☐ 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: ☐ FAVORABLE ☐ DEFAVORABLE	
Quotité proposée : En cas d'avis défavorable, motifs le justifiant :	A , le Signature

Décision du Recteur : ☐ ACCORDEE ☐ 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 **vendredi 23 juin 2023** délai de rigueur.