

ANNEXE 9 - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

(POUR LES PERSONNELS AYANT PARTICIPE AU MOUVEMENT 2020)

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

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 (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 temps partiel de manière hebdomadaire à ...%	ou <input type="checkbox"/> de conserver un temps plein

Au titre de l'année scolaire 2019-2020, participation au mouvement de rentrée 2020 :	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 de plus ou moins 2 heures selon les nécessités de service

SURCOTISATION :
<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 . 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) :
---	----	-------------------------------

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 **vendredi 26 juin 2020** délai de rigueur.

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

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

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 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 :	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 2019-2020, participation au mouvement 2020	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 surcotisation (gratuité), et ce jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

Pour les temps partiels de droit pour donner des soins :

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.

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 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.

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 **vendredi 26 juin 2020** délai de rigueur.