

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 :	<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 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 ? <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 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, je choisis :	<input type="checkbox"/> d'exercer à mi-temps hebdomadaire ou <input type="checkbox"/> 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 24 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 :

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 page 3) et souhaite exercer : strictement à 50% entre plus 50% et 80%

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)

Temps partiel pris par un fonctionnaire pour handicap

Quotité de travail choisie : 50% 60% 70% 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. ? OUI 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 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.

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,
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 24 juin 2017 aux services DOS/DSM et DIPE**