

DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL ET DE REPRISE A TEMPS PLEIN DES AGENTS DES COLLEGES

DRH
SAP

val
d'oise
le département

à transmettre au service Administration du personnel 2 mois au moins avant la date d'effet : secretariat.sap@valdoise.fr

1ere demande renouvellement reprise à temps plein changement de taux Ancien taux %

Nom

Adresse

Prénom

Grade

Code postal

Ville

Collège

demande à bénéficier du régime de travail à temps partiel sur **AUTORISATION** à compter du

pour une période de 6 mois 7 mois 8 mois 9 mois 10 mois 11 mois 12 mois

au taux de 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % (1) Conformément à l'article 14 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL

demande à bénéficier, pour cette période, de la surcotisation retraite (1) oui non

demande à bénéficier du régime de travail à temps partiel **de DROIT** à compter du

pour une période de 6 mois 7 mois 8 mois 9 mois 10 mois 11 mois 12 mois

au taux de 50 % 60 % 70 % 80 % (2) Dans l'hypothèse d'une naissance d'un enfant né avant le 1^{er} janvier 2004 > possibilité de demander à bénéficier de la surcotisation retraite

Motifs Enfant de moins de 3 ans et/ou adopté (2) le

Donner des soins à un conjoint, enfant, ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave.

Avoir le statut de Travailleur Handicapé : RQTH, Pension d'invalidité....(3)

(3) Se rapprocher de la Mission Handicap pour obtenir son justificatif

Modalités d'organisation du temps partiel - Cocher les demi-journées non travaillées

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
matin					
après-midi					

demande à réintégrer mes fonctions à temps plein à compter du

Avis de l'adjoint gestionnaire Favorable Défavorable / **Avis du Directeur délégué de la DEC** Favorable Défavorable

En cas d'avis favorable, ne pas émettre de réserve

En cas de refus total ou partiel, l'avis doit être motivé et faire l'objet d'un entretien préalable

Motif

Date

Signature
de l'agent

Signature
de l'adjoint
gestionnaire
autorité fonctionnelle

Signature du
Directeur délégué
de la DEC
autorité hiérarchique

Rejoignez l'esprit Val d'Oise