



DEMANDE

Temps partiel

- Hors thérapeutique -



IDENTIFICATION DE L'AGENT

Nom de naissance	Catégorie
Nom d'usage	Statut
Prénom	Fonction exercée
N° de téléphone	
Affectation	Adresse mèl



INFORMATIONS RELATIVES A LA DEMANDE

Quotité
initiale

Initiale	Renouvellement	Reprise à taux plein	Changement de quotité
----------	----------------	----------------------	-----------------------

Motif

Date d'effet

Durée demandée (entre 6 mois et 1 an)

Forme souhaitée

**Quotité de travail
souhaitée**

Détails concernant les modalités souhaitées :

Je demande à surcotiser pour la retraite sur la base d'un traitement à temps plein :

Oui

Non

Je m'engage à surcotiser 1 an pour la totalité de la période du

au



CIRCUIT DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Page 2 sur 3

1. Signature de l'agent

2. Avis ou visa du supérieur hiérarchique selon le cas

3. Avis de conformité des services RH

Commentaires et précisions de l'agent

Signature de l'agent



RECUEIL DES VISAS

Partie réservée à l'administration

Avis du supérieur hiérarchique concernant la nécessité de service

Le cas échéant

Nom du supérieur hiérarchique

Date

Timbre et signature du supérieur hierarchique

Avis de conformité du service gestionnaire RH

Nom de l'agent du service RH

Date

Timbre et signature du service RH



PIECES A JOINDRE

Dans tous les cas :

- Ce formulaire complété et signé

Naissance ou adoption

- Livret de famille ou acte de naissance ou certificat d'adoption

Donner des soins à un proche

- Document attestant l'état de santé du bénéficiaire des soins
- Document attestant du lien de parenté avec le bénéficiaire (livret de famille, acte de mariage, PACS ...)

Handicap selon le code du travail (article L.5213-1)

- Avis du médecin de prévention
- Document attestant de votre situation de handicap (copie carte d'invalidité ou reconnaissance de travailleur handicapé)

Raisons personnelles

- Tout document justifiant la demande