

MOUVEMENT INTRA ACADÉMIQUE 2019



DEMANDE D'EXERCICE À TEMPS PARTIEL
 pour les personnels présentant une demande de mutation pour la
 rentrée 2019
 (à transmettre au rectorat pour le 27 mars 2019 au plus tard avec la confirmation de
 demande de mutation)

NOM :		Grade :	
PRENOM :	
NOM PATRONYMIQUE	Date de naissance :	Discipline	
Etablissement d'exercice au cours de la présente année scolaire :			
Attention : RUBRIQUES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT			
VOEUX			
<input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION durant l'année scolaire 2019-2020			
1) POUR CREER OU REPRENDRE UNE ENTREPRISE (joindre le KBIS)			
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
2) POUR CONVENANCES PERSONNELLES			
<input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
<input type="checkbox"/> SOUHAITE exercer à TEMPS PARTIEL DE DROIT à la rentrée 2019			
1) <input type="checkbox"/> POUR ELEVER UN ENFANT DE MOINS DE TROIS ANS (surcotisation de droit et gratuite) N.B : si cet enfant atteint l'âge de 3 ans au cours de l'année 2019-2020, date à préciser : <input type="checkbox"/> demande à reprendre son activité à temps plein <input type="checkbox"/> demande à demeurer à temps partiel sur autorisation pour le reste de l'année scolaire 2019-2020. Dans le cas d'une poursuite à temps partiel sur autorisation : <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation (surcotisation à taux plein) <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser pour cette période de temps partiel sur autorisation			
2) <input type="checkbox"/> POUR DONNER DES SOINS A UN ENFANT, AU CONJOINT OU A UN ASCENDANT (joindre un certificat émanant d'un médecin, accompagné selon le cas de la copie de l'allocation d'éducation spéciale, de la carte d'invalidité, de l'allocation adulte handicapé, de l'indemnité compensatrice tierce personne) <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
3) <input type="checkbox"/> POUR UN PERSONNEL EN SITUATION DE HANDICAP (sous réserve de fournir le justificatif correspondant) <input type="checkbox"/> surcotisation taux de pension civile réduit (copie de la carte d'invalidité précisant le taux d'invalidité) <input type="checkbox"/> souhaite surcotiser taux normal (invalidité inférieure à 80%) <input type="checkbox"/> ne souhaite pas surcotiser			
NOMBRE D'HEURES SOLLICITEES			
Précisez le nombre d'heures demandées sous forme de fraction (ex : 12/18 pour un professeur certifié) : Pour les PSYEN et les CPE uniquement, indiquez la quotité choisie en pourcentage :			

TEMPS PARTIEL DEMANDE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE COMPLEMENT DE LIBRE CHOIX D'ACTIVITE : souhaite exercer un service correspondant à une quotité :
<input type="checkbox"/> Strictement égale à 50% <input type="checkbox"/> Comprise entre 50% et 80% <input type="checkbox"/> Strictement égal à 80%
MODALITES DE REALISATION DU TEMPS PARTIEL
<input type="checkbox"/> Temps partiel hebdomadaire <input type="checkbox"/> Temps partiel annualisé (joindre impérativement un courrier)
Pour les temps partiels sur autorisation exclusivement, au cas où les nécessités de service se révéleraient être incompatibles avec la quotité horaire demandée, à PLUS ou MOINS DEUX HEURES près, JE CHOISIS d'exercer dans ce cas : <input type="checkbox"/> A MI-TEMPS <input type="checkbox"/> A TEMPS COMPLET A, le Signature
<p>PROPOSITIONS DU CHEF D'ETABLISSEMENT RELATIVES A LA DEMANDE DE TEMPS PARTIEL</p> Avis du chef d'établissement * : <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (les refus opposés à une demande de temps partiel doivent être précédés d'un entretien et motivés) : Motif du refus :
Quotité qui peut être accordée à l'intéressé (e) (y compris, heures de décharge de service éventuelles ou modifications de + ou – 2 heures pour les temps partiels sur autorisation) <div style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px; margin-top: 10px;"></div>
A, le Signature du Chef d'établissement,
<p><i>* Cette demande sera transmise soit au chef d'établissement de votre nouvelle affectation, soit à celui de votre affectation actuelle si vous n'obtenez pas votre mutation.</i></p> <p>IMPORTANT : Demande à retourner avec l'accusé de réception de votre demande de mutation au mouvement intra académique.</p>