

PERSONNELS ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES, SOCIAUX ET DE SANTÉ

Année scolaire 2016-2017

MODIFICATION DE LA QUOTITÉ DE TEMPS PARTIEL

Je soussigné(e), Nom - Prénom

Né(e) le..... N° NUMEN

Corps Grade.....

Etablissement d'affectation (*adresse précise*).....

souhaite modifier ma quotité de temps partiel

Quotité actuelle : %

Quotité nouvelle : % - Date d'effet :

MOTIF

Elever un enfant de moins de 3 ans – date de naissance de l'enfant :

Elever un enfant adopté - date d'arrivée au foyer.....

Donner des soins au conjoint, à un enfant ou un ascendant :
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite OUI

Convenances personnelles :
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite OUI

Reconnu travailleur handicapé (sur avis du médecin de prévention)
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite OUI

Création d'entreprise
surcotisation sur la base du temps plein pour la liquidation NON
de la retraite OUI

Joindre toutes pièces justificatives utiles (photocopie du livret de famille, certificats médicaux, photocopie de la carte d'invalidité...)

DATE ET SIGNATURE DE L'INTERESSE(E)

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE
OU DE SERVICE ET SIGNATURE