****

**DIEPAT Annexe n°1**

Année scolaire 2020-2021

**TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

-------------------------------------------

GRADE

 / / / / /

PROGRAMME

 / / / /

**I -** **RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL :** 🞎 M. 🞎Mme

nom d’usage :.........................................................................

prénom : ....................................................

corps : ........................grade : ......................................................

établissement ou service d'exercice :...........................................

..............................................................................................................................................................................................................................

**sollicitez-vous votre mutation pour la rentrée scolaire 2020 ?**

*(les personnels affectés* ***à titre provisoire*** *doivent* ***obligatoirement cocher OUI)***

*□* OUI *□* NON

si vous obtenez satisfaction au mouvement, maintenez-vous *□* OUI *□* NON

votre demande d'exercice à temps partiel ?

**II -** **SERVICE HEBDOMADAIRE** -

quotité de travail demandée :

 50 % /

 60 % /

 70 % /

 80 % /

 90 % /

 à compter du 1er septembre 2020 pour une durée de 1 an

*(les agents comptables des EPLE ne peuvent solliciter que les quotités de 80% et 90%)*

**III – TEMPS PARTIEL ANNUALISE** 🞎 OUI 🞎 NON Si OUI, quotité : %

*Période travaillée :* 🞎 du 01/09/2020 au 28/02/2021

***OU***🞎 du 01/03/2021 au 31/08/2021

**IV – SURCOTISATION –**

souhaitez-vous une surcotisation ? 🞎 OUI 🞎 NON

si la demande est présentée en cours d'année scolaire ou porte sur une durée inférieure à l'année scolaire, précisez le motif

fait à..................................................le........................................(signature)

***les rubriques I, II et III doivent être remplies par l'intéressé(e)***

***toute fiche incomplète sera retournée à l'établissement***

**V -** **AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE** -

**FAVORABLE / / DEFAVORABLE / /**

en cas **d'avis défavorable**, joindre obligatoirement un rapport circonstancié

fait à..................................................le.........................................(signature et cachet de l’établissement)

**VI - AVIS DES AUTORITES ACADEMIQUES**

**FAVORABLE / / DEFAVORABLE / /**

*fiche à renvoyer* ***pour le mardi 31 mars 2020 dernier délai*** *(rectorat – DIEPAT)*

***ATTENTION : cette fiche concerne***

***- les personnels qui exercent à temps complet en 2019-2020***

***- les personnels dont l'autorisation triennale arrive à échéance à la rentrée scolaire 2020***

***- cette fiche ne concerne pas les personnels ouvriers (ATEE) exerçant en EPLE***



**DIEPAT Annexe 1a**

Année scolaire 2020-2021

**TEMPS PARTIEL – personnels gérés par la DIEPAT**

**SURCOTISATION**

**1 – Surcotisation temps partiel sur autorisation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **quotité temps travaillé** | **taux de surcotisation pension civile (2019)** | **nombre d'années de surcotisation permettant d'obtenir 4 trimestres supplémentaires** |
| **50%** | **22.01%** | **2 ans** |
| **60%** | **19.77%** | **2 ans 2 mois 12 jours** |
| **70%** | **17.54%** | **3 ans 1 mois 6 jours** |
| **80%** | **15.30%** | **5 ans** |
| **90%** | **13.07%** | **10 ans** |

Le taux de surcotisation ainsi obtenu est appliqué au traitement indiciaire brut (y compris NBI) correspondant à celui d'un agent de même grade échelon et indice que l'intéressé(e) et exerçant ses fonctions à temps plein (c'est-à-dire que la surcotisation s'applique sur 100% de la rémunération brute perçue par un agent qui exercerait à 100%)

**2 – surcotisation temps partiel de droit** : il n'y a pas de surcotisation – La quotité non travaillée est prise en compte gratuitement au titre des annuités acquises, sans versement de cotisation supplémentaire dans le cas d’un temps partiel pour naissance ou adoption jusqu’aux 3 ans de l’enfant ou pour les 3 années suivant l’arrivée de l’enfant dans le foyer.

 Dans le cadre d’un temps partiel de droit pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d’un handicap, la surcotisation est la même que pour le temps partiel de droit sur autorisation

****

**DIEPAT Annexe n°2**

 Année scolaire 2020-2021

**TEMPS PARTIEL DE DROIT**

**I -** **RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL :** 🞎 M. 🞎Mme

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

-------------------------------------------

GRADE

 / / / / /

PROGRAMME

 / / / /

nom d’usage :……………………………………………………………….

prénom : ....................................................

corps : .....................................................

grade : ......................................................

établissement ou service d'exercice :.......................................

...............................................................................................

...............................................................................................

**sollicitez-vous votre mutation pour la rentrée scolaire 2020 ?**

*(les personnels affectés* ***à titre provisoire*** *doivent* ***obligatoirement cocher OUI)***

*□* OUI *□* NON

si vous obtenez satisfaction au mouvement, maintenez-vous *□* OUI *□* NON

votre demande ?

**II -** **SERVICE HEBDOMADAIRE** -

 80 % /

 70 % /

 60 % /

 50 % /

quotité de travail demandée :

à compter du 1er septembre 2020 pour une durée de 1 an

**joindre obligatoirement les pièces justificatives**

**III – TEMPS PARTIEL ANNUALISE** 🞎 OUI 🞎 NON Si OUI, quotité : %

*Période travaillée :* 🞎 du 01/09/2020 au 28/02/2021

 ***OU***🞎 du 01/03/2021 au 31/08/2021

**IV – SURCOTISATION –** (gratuite uniquement dans le cas d’un temps partiel pour naissance ou adoption)

souhaitez-vous une surcotisation ? 🞎 OUI 🞎 NON

si la demande est présentée en cours d'année scolaire ou porte sur une durée inférieure à l'année scolaire, précisez le motif

fait à.............................................le...........................................(signature)

***les rubriques I, II et III doivent être remplies par l'intéressé(e)***

***toute fiche incomplète sera retournée à l'établissement.***

**V -** **VISA DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE** -

fait à............................................le...........................................(signature et cachet de l’établissement)

*fiche à renvoyer* ***pour le mardi 31 mars 2020 dernier délai*** *(rectorat - DIEPAT)*

***ATTENTION :***

***- cette fiche ne concerne que les personnels qui travaillent à temps complet en 2019-2020***

***- cette fiche ne concerne pas les personnels ouvriers (ATEE) exerçant en EPLE***

****

****

 **DIEPAT Annexe n°3**

Année scolaire 2020-2021

**TEMPS PARTIEL – MODIFICATION POUR 2020-2021**

**I -** **RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL :**  🞎 M. 🞎Mme

nom d’usage : ………………………………………..

prénom : ....................................................

corps : ........................

grade : ......................................................

établissement ou service d'exercice :..............................................................................................

.........................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………..

**II - sollicitez-vous votre mutation pour la rentrée scolaire 2020 ?**

 **🞎** OUI **🞎** NON

**III -** je bénéficie pendant l'année scolaire 2019-2020 d'une autorisation d'exercice à temps partiel (quotité………%) accordée par tacite reconduction dans la limite de trois ans, conformément au décret n°2003-1307 du 26 décembre 2003

**IV** – **🞎** - je souhaite reprendre mes fonctions à temps complet à la rentrée scolaire 2020.

**🞎** - je souhaite modifier ma quotité de travail, et je souhaite la quotité suivante à compter de la

rentrée scolaire 2020 :

 80 % /

 70 % /

 60 % /

 50 % /

 90 % /

et : **□** je souhaite je ne souhaite pas une surcotisation

**V -** **AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE** -

**FAVORABLE / / DEFAVORABLE / /**

fait à................................................le...........................................(signature et cachet de l’établissement)

**VI – AVIS DES AUTORITES ACADEMIQUES –**

**FAVORABLE / / DEFAVORABLE / /**

*fiche à renvoyer* ***pour le mardi 31 mars 2020 dernier délai*** *(rectorat – DIEPAT)*

***ATTENTION :***

***- cette fiche ne concerne que les personnels qui exercent à temps partiel en 2019-2020.***

***- cette fiche ne concerne pas les personnels ouvriers (ATEE) exerçant en EPLE***

**DIEPAT annexe 4**

****

**Année scolaire 2020-2021**

**DISPONIBILITES**

**CONGES SANS TRAITEMENT**

**(décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié)**

**I** - **RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL □** Monsieur **□** Madame

nom d’usage :

prénom :

affectation :

adresse personnelle :

 corps-grade :

**II** - **PERSONNEL TITULAIRE**

⇨ ***nature de la demande*** **:** 🞏 mise en disponibilité

 🞏 prolongation de disponibilité

 🞏 réintégration après disponibilité

⇨ ***motif de la demande*** **:** art. 44-a ; art. 44-b ; art. 46 ; art. 47 ; art. 47-a ; art. 47-b ; art. 47-c
*(rayer les mentions inutiles)*

**III** - **PERSONNEL STAGIAIRE**

⇨***nature de la demande*** : 🞏 congé sans traitement

 🞏 prolongation de congé sans traitement

 🞏 réintégration après congé sans traitement

⇨***motif de la demande*** : art. 19 ; art. 20 ; art. 23 *(Rayer les mentions inutiles)*

**IV** - **PERIODE SOLLICITEE** :

du au inclus

**V - PIECES JUSTIFICATIVES JOINTES** ***(voir tableau annexes I ou II)***

 🞏 copie du livret de famille

 🞏 copie inscription au registre du greffe du tribunal d’instance (PACS)

 🞏 certificat médical

 🞏 attestation d'emploi du conjoint

 🞏 autres ***(préciser)***

**VI** – fait à ………………………………………….le ……………………………

 s*ignature*

**VII - VISA et éventuellement AVIS du chef d'établissement ou de service**

fait à , le signature

*fiche à renvoyer* ***pour le mardi 31 mars 2020 dernier délai*** *(rectorat – DIEPAT)*



**DIEPAT Annexe 5**

**Année scolaire 2020-2021**

**DEMANDE DE CONGE PARENTAL**

**(loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, article 54 modifié par la loi du 30 juillet 1987,**

**Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié)**

**I** - **RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GENERAL □** Monsieur **□** Madame

nom d’usage :

prénom :

affectation :

adresse personnelle :

 corps-grade :

**II**- **PERIODE SOLLICITEE**

du …………………………au………………………………inclus



 Signature de l’intéressé

VISA DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Date :………………………………………….. Nom du signataire et signature

 ……………………………………