RECTORAT D’AIX-MARSEILLE

DIPE **ANNEXE 1** ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

**DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : Prénoms : |  | Date de naissance : |  |
| Corps : |  | Discipline : |
| Etablissement d’affectation : | à : |
| Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ?  | ❒ OUI |  ❒ NON |  |
| Si OUI, établissement de rattachement : |  | à : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUOTITE DE TRAVAIL** |  |  |  |
| Cocher la quotité choisie : ❒ 50% ❒ 60% ❒ 70% ❒ 80% ❒ 90%❒ Création/reprise d’entreprise (fournir des justificatifs) | **Soit, en nombre d’heures** : |  |
|  |  |  |  |  |
| **TEMPS PARTIEL ANNUALISE** **(**demande à renouveler chaque année) : joindre courrier explicatif. |  ❒ OUI ❒ NON | Si OUI, nbre d’heures :  |
| Période travaillée :En cas de refus de l’annualisation, je demande | ❒ 1ère partie de l’année scolaire ou❒ à exercer à temps partiel de manière hebdomadaire (préciser quotité si oudifférente : ..…..%).  |  ❒ 2ème partie de l’année scolaire❒ à conserver un temps plein |
|  |  |  |  |  |
| Au titre de l’année scolaire 2022-23, participation au mouvement de rentrée 2023 : | INTER-ACADEMIQUE ? ❒ OUI ❒ NON  |
| INTRA-ACADEMIQUE ? ❒ OUI ❒ NON  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pour les enseignants d’E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l’U.N.S.S. ? | ❒ OUI ❒ NON |

|  |
| --- |
| Je prends note que :* la quotité peut être modifiée par le service gestionnaire selon les nécessités de service.
* que ma demande sera examinée à l'issue des mouvements INTER / INTRA si je participe aux opérations de mobilité.
 |

|  |
| --- |
|  **SURCOTISATION : important : bien s’assurer du coût de la sur-cotisation, le changement n’étant pas possible en cours d’année** ([*https://appli.ac-aix-marseille.fr/surcot/*](https://appli.ac-aix-marseille.fr/surcot/)*)** J’ai bien pris connaissance du montant indicatif mensuel plus élevé de sur-cotisation, et
* Je demande à cotiser pour cette période sur la **base d’un temps plein dans la limite de 4 trimestres,** je déclare avoir pris connaissance du coût de ma sur-cotisation et ai noté que **ma décision est irrévocable**. **Cette option porte sur toute la période visée par l’autorisation de travail à temps partiel** dans la limite du nombre de trimestres indiqués ci-dessus.
* Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d’un temps plein.
 |

|  |
| --- |
| A le Signature de l’intéressé(e) : |

|  |
| --- |
| Avis et observations du chef d’établissement / directeur de CIO : ❒ FAVORABLE ❒ DEFAVORABLE |
| Quotité proposée (nombre d’heures) :En cas d’avis défavorable, motifs le justifiant : | A le Signature |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Décision du Recteur : |  ❒ ACCORDEE❒ REFUSEE | QUOTITE HORAIRE et % : | A Aix-en-Provence, le |

**Imprimé à transmettre en un seul exemplaire dûment renseigné à la DIPE pour le vendredi 16 décembre 2022, délai de rigueur**

.