RECTORAT D’AIX-MARSEILLE **ANNEXE 2** ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

DIPE

**DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL DE DROIT**

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

**Motifs du Temps partiel de droit : (joindre pièces justificatives)**

❒ Naissance ou adoption d’un enfant - Date de naissance ou arrivée au foyer de l’enfant : ……………………………………………………

❒ Soins à conjoint, enfant ou ascendant

❒ Pour handicap

Quotité de travail choisie : ❒ 50% ❒ 60% ❒ 70% ❒ 80% à compter du : **Soit, en nombre d’heures** **:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEMPS PARTIEL ANNUALISE** : (demande à renouveler chaque année) **-** joindre courrier explicatif | ❒ OUI ❒ NON | Si OUI, quotité : %  |
| Période travaillée : | ❒ 1ère partie de l’année scolaire **ou** |  ❒ 2ème partie de l’année scolaire |
|  |  |  |  |  |
| Au titre de l’année scolaire 2022-23, participation au mouvement de rentrée 2023 :  | INTER-ACADEMIQUE ? ❒ OUI ❒ NON  |
| INTRA-ACADEMIQUE ? ❒ OUI ❒ NON  |

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

**SUR-COTISATION : important: bien s’assurer du montant 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/)*) et bulletin académique*

 ❒ **J’ai bien pris connaissance du montant indicatif mensuel plus élevé de sur-cotisation** **dans tous les cas**.

❒ **Pour les temps partiels de droit pour élever un enfant de moins de trois ans : j**e prends note que ma demande de temps partiel ne donne pas lieu à surcotisation **(gratuité),** et ce jusqu’aux 3 ans de l’enfant.

 ❒ **Pour les temps partiels de droit pour donner des soins :** je souhaite surcotiser pour cette période sur la base d’un temps plein dans la limite de quatre trimestres. 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.

**OU** ❒ Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d’un temps plein.

❒ **Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité au moins égale à 80 %) :** je souhaite surcotiser pour cette période sur la base d’un temps plein **au** **taux de 11.10 %** dans la limite de huit trimestres. 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

**OU** ❒ Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d’un temps plein.

 ❒ **Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité inférieure à 80%) :** je souhaite surcotiser pour cette période sur la base d’un temps plein dans la limite de quatre trimestres. 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

 **OU** ❒ Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d’un temps plein.

|  |
| --- |
|  |
| A le Signature de l’intéressé(e) : |
| Observations du chef d’établissement / directeur de CIO : A le Signature, |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DECISION RECTEUR : |  ❒ ACCORDEE | 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.