RECTORAT D’AIX-MARSEILLE **ANNEXE 3** ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

DIPE

**PSYCHOLOGUES DE L’EDUCATION NATIONALE DU 1ER DEGRE PUBLIC – EDA :**

**DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, Prénom : |  | Date de naissance : |  |
| Corps : |  | Discipline : |
| Circonscription d’affectation : | à : |
| Ecole de rattachement :  |  |  |  |
|  |  |  |   |
| **QUOTITE DE TRAVAIL** |  |  |  |
| Cocher la quotité choisie : ❒ 50% ❒ 60% ❒ 75% ❒ 80% ❒ Temps partiel de droit ❒ Temps partiel sur autorisation | **Soit, en nombre d’heures** : |
|  |  |  |  |

**Motifs du Temps partiel de droit :** (joindre pièce justificative)

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

❒ Soins à conjoint, enfant ou ascendant

❒ Pour handicap

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TEMPS PARTIEL ANNUALISE** : (année scolaire seulement) Joindre courrier explicatif | ❒ OUI ❒ NON | Si OUI, quotité : %  |
| 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  |

❒ la quotité peut être modifiée par le service gestionnaire selon les nécessités de service.

|  |
| --- |
| **SURCOTISATION : 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/)*❒ Dans tous les cas *(hors enfant, et handicap=80%),* j’ai pris connaissance du montant indicatif mensuel de sur cotisation (site académ.).❒ 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 de l’inspecteur de l’éducation nationale : Quotité proposée (nombre d’heures) :En cas d’avis défavorable, motifs le justifiant : |  ❒ FAVORABLE ❒ DEFAVORABLE A le Signature, |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DECISION 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.**