

Demande de temps partiel

Formulaire de demande destiné aux seuls agents ayant une affectation définitive en établissement ou en zone de remplacement

Je soussigné(e).....

Discipline :

Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PECG

Affecté(e) à titre définitif en 2019-2020 à :

Nom et n° de l'établissement ou de la zone.....

- souhaite durant l'année scolaire 2020-2021 exercer pour une quotité de :

Enseignants :

Personnels d'éducation,
de documentation PSYEN

heures

pourcentage

Dans le cadre d'un temps partiel :

<input type="checkbox"/> de droit (Joindre les pièces justificatives) <input type="checkbox"/> suite à naissance ou adoption Date de naissance ou d'adoption : <i>Si le temps partiel prend fin en cours d'année (3 ans de l'enfant) j'ai pris note du fait que l'année en cours sera terminée en temps partiel sur autorisation sauf demande expresse de ma part :</i> <input type="radio"/> à l'issue du 3 ^{ème} anniversaire de mon enfant (le.....) je souhaite reprendre le travail à temps plein. <input type="checkbox"/> pour apporter des soins à un proche <input type="checkbox"/> pour handicap	<input type="checkbox"/> sur autorisation *
---	--

ai formulé une demande auprès de la caisse nationale d'allocations familiale (CAF), dans le cadre de la PAJE et souhaite exercer un service correspondant à une quotité :

Strictement égale à 50%

Comprise entre + de 50 et 80 %

<input type="checkbox"/> Demande à travailler dans le cadre d'un temps partiel annualisé	
Période travaillée du Au : Période non travaillée du Au : J'ai pris note du fait que je pouvais être sollicité(e) en cas de nécessité pour participer aux examens y compris si je suis en période non travaillée. Si le temps partiel annualisé ne peut être accordé : <input type="checkbox"/> Je maintiens ma demande de temps partiel Pour une quotité de :	<input type="checkbox"/> J'annule ma demande de temps partiel

Vous pouvez, si vous le souhaitez, indiquer la motivation de votre demande de temps partiel à organisation hebdomadaire ou annualisé par un courrier que vous joindrez à ce formulaire.

Date et signature de l'intéressé(e) :

Avis du chef d'établissement ** :

Favorable Défavorable ***
 Demande Prioritaire Demande Non prioritaire

Le cas échéant, avis du chef d'établissement sur la quotité de repli demandée en cas de refus du temps partiel annualisé : Favorable Défavorable***

Date et signature :

Vu et pris connaissance
l'intéressé(e)

Cachet de l'établissement

* Si la demande de temps partiel sur autorisation concerne la création ou la reprise d'une entreprise joindre l'annexe IV-1

** uniquement pour les agents affectés en établissement

*** joindre obligatoirement le compte rendu de l'entretien (annexe C).

DEMANDE DE REPRISE D'ACTIVITE A TEMPS PLEIN

Formulaire destiné aux titulaires affectés à titre définitif en
établissement ou sur zone de remplacement



Important : Aucune saisie ne doit être effectuée dans le module GIGC

2/4

Je soussigné(e).....

Corps :

Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PEGC

Discipline :

Affecté(e) à titre définitif en 2019-2020 au :

Nom de l'établissement ou de la zone:

.....

N° de l'établissement ou de la zone :

Pour une quotité de :/.....

Souhaite reprendre une activité à temps plein pour l'année scolaire 2020-2021

Vu et pris connaissance

Ale

Ale

signature de l'intéressé(e)

Signature du chef d'établissement

Le temps complet est de droit. Le chef d'établissement n'a donc pas à émettre un avis sur la demande.

En revanche, il lui appartient d'examiner les conséquences de cette reprise d'activité à temps plein sur les moyens consacrés à la discipline concernée.



TEMPS PARTIEL

COMPTE RENDU D'ENTRETIEN

Je soussigné(e).....

3/4

Déclare émettre un avis défavorable à la demande de :

- travail à temps partiel sur autorisation
- à la quotité du temps partiel (quotité de repli proposée :)
- annualisation du temps partiel

présentée pour l'année scolaire 2020-2021 par (nom, prénom, grade et discipline) :

.....
.....

Motivation de l'avis défavorable :

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

L'intéressé(e) a été informé(e) de cet avis défavorable et de sa motivation lors de l'entretien du

(date) :

Vu et pris connaissance le :

date :

Signature de l'intéressé(e)

Signature du chef d'établissement
et cachet de l'établissement

Toute pièce utile, qui aura été portée à la connaissance de l'intéressé(e) peut être jointe à ce document

Demande de sur cotisation pour la retraite dans le cadre d'un temps partiel pour 2020-2021



Nom :

Prénom :

Corps :

4/4

 Agrégés Certifiés PLP PEPS PSYEN CPE PEGC

Discipline :

Etablissement d'affectation ou zone :

Je choisis de surcotiser pour la retraite pour l'année 2020-2021.

J'ai pris note du fait que, si je renonce, **pour des motifs exceptionnels**, à surcotiser en cours d'année, je ne pourrai pas obtenir le reversement des sommes déjà versées.

Les taux de retenue pour surcotisation (*) connus actuellement sont à compter du 01/01/2020 de :

	Du 01/01/2020
<input type="checkbox"/> 50 % soit un taux de cotisation de	22,25%
<input type="checkbox"/> 60 % soit un taux de cotisation de	20,02%
<input type="checkbox"/> 70 % soit un taux de cotisation de	17,79%
<input type="checkbox"/> 80 % soit un taux de cotisation de	15,56%
<input type="checkbox"/> 90 % soit un taux de cotisation de	13,33%
<input type="checkbox"/> Taux cotisation unique de.....	11,10% (handicapés) à compter du 01.01.2020
<input type="checkbox"/> Autre quotité (à préciser) :	

Le taux de sur cotisation est déterminé grâce à la formule suivante :

$$(11,10 \% \times \text{quotité travaillée}) + 80\% (11,10\% + 30,65\%) \times \text{quotité non travaillée}$$

Fait à Le

Signature

A renvoyer à DIPER E pour le 7 février 2020

(*) Attention, ces taux sont appliqués à un traitement correspondant à un temps plein. La somme obtenue est déduite de la rémunération servie à l'agent en fonction de sa quotité de service à temps partiel.