

DEMANDE DE SURCOTISATION *
TEMPS PARTIEL DE DROIT (POUR SOINS) OU SUR AUTORISATION
(DSDEN 93 – DIMOPE 3 - 8 rue Claude Bernard – 93008 Bobigny Cedex)
A RETOURNER POUR LE 2 MARS 2015

Je soussigné (e) : Nom

Nom patronymique :

Prénom :

NUMEN : Tel :

Courriel éducation nationale :@ac-creteil.fr

Instituteur (trice)

Professeur des écoles

Affectation (Ecole – ville) :

exerçant mes fonctions

- à temps partiel de droit (pour soins) à%

- sur autorisation à%

demande à surcotiser pendant l'année scolaire 20...../20....., sur la base d'un temps plein pour la liquidation de la retraite.

Fait à le/...../.....

Signature :

* une estimation du montant et de la durée de la surcotisation est fournie sur l'annexe 4 bis.