

## ANNEXE 9 - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION

(POUR LES PERSONNELS AYANT PARTICIPE AU MOUVEMENT 2023)

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

Nom :	Date de naissance :
Prénoms :	
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, établissement de rattachement :	à :

### QUOTITE DE TRAVAIL

Cocher la quotité choisie : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90%	Soit, en nombre d'heures :
Pour les personnels <b>enseignants</b> , mentionner le nombre entier d'heures dont la quotité ne peut être inférieure à 50% et supérieure à 90%	

<b>TEMPS PARTIEL ANNUALISE</b> (demande à renouveler chaque année) (courrier explicatif):	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, nbre d'heures :
Période travaillée :	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> partie de l'année scolaire ou <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> partie de l'année scolaire	
En cas de refus de l'annualisation, je demande	<input type="checkbox"/> à exercer à temps partiel de manière hebdomadaire (préciser quotité si différente : .....%) ou <input type="checkbox"/> à conserver un temps plein	

Au titre de l'année scolaire 2022-2023, participation au mouvement de rentrée 2023:	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Pour les enseignants d'E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S. ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	---

Je prends note que :

- ma demande est renouvelable PAR TACITE RECONDUCTION, DANS LA LIMITE DE 3 ANNEES (sauf cas d'annualisation)
- 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 :**

J'ai pris connaissance du montant indicatif mensuel de sur-cotisation (cocher une case suivante) :

Je demande à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein **dans la limite de 4 trimestres** et 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:	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE
Quotité proposée :	A , le
En cas d'avis défavorable, motifs le justifiant :	Signature

Décision du Recteur : <input type="checkbox"/> ACCORDEE <input type="checkbox"/> REFUSEE	QUOTITE HORAIRE et % :	A Aix-en-Provence, le
--	------------------------	-----------------------

**Imprimé à déposer, dûment renseigné, impérativement** auprès des chefs d'établissement, qui devront le transmettre à la **DIPE** pour le **vendredi 23 juin 2023** délai de rigueur.

## ANNEXE 9 BIS - DEMANDE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL DE DROIT

(POUR LES PERSONNELS AYANT PARTICIPE AU MOUVEMENT 2023)

RECTORAT D'AIX-MARSEILLE

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

Nom Prénom	Date de naissance :
Corps :	Discipline :
Etablissement d'affectation :	à :
Etes-vous titulaire sur zone de remplacement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, établissement de rattachement :	à :
<b>Motifs du Temps partiel de droit :</b> <input type="checkbox"/> Naissance ou adoption d'un enfant (joindre pièce justificative) Date de naissance ou arrivée au foyer de l'enfant : ..... <input type="checkbox"/> Soins à conjoint, enfant ou ascendant <input type="checkbox"/> Pour handicap	

Quotité de travail choisie : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% à compter du :	Soit, en nombre d'heures :
---	----------------------------

TEMPS PARTIEL ANNUALISE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Demande à renouveler chaque année – (joindre courrier explicatif)	Si OUI, quotité : %
Période travaillée : <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> partie de l'année scolaire <b>ou</b> <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> partie de l'année scolaire	

Au titre de l'année scolaire 2022-2023, participation au mouvement 2023	INTER-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON INTRA-ACADEMIQUE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	--

A compléter par les enseignants d'E.P.S. : Sollicitez-vous une dérogation afin de ne pas assurer l'U.N.S.S.? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--

<b>SURCOTISATION</b> Temps partiel de droit et retraite : <input type="checkbox"/> Dans tous les cas, (hors enfant, et handicap=80%), j'ai pris connaissance du montant mensuel de sur-cotisation ( <a href="https://appli.ac-aix-marseille.fr/surcot/">https://appli.ac-aix-marseille.fr/surcot/</a> ) <b>Pour les temps partiels de droit pour élever un enfant de moins de trois ans :</b> <input type="checkbox"/> Je prends note que ma demande est renouvelable par <b>tacite reconduction dans la limite de 3 années</b> , sous réserve de production des pièces justificatives et que ce temps partiel ne donne pas lieu à sur cotisation (gratuité), et ce jusqu'aux 3 ans de l'enfant. <b>Pour les temps partiels de droit pour donner des soins :</b> <input type="checkbox"/> Je souhaite sur-cotiser 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. <input type="checkbox"/> Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein <b>Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité au moins égale à 80 %) :</b> <input type="checkbox"/> Je souhaite sur-cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein au taux de 11.19 % 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. <input type="checkbox"/> Je ne demande pas à cotiser pour cette période sur la base d'un temps plein <b>Pour les temps partiels de droit au titre du handicap (incapacité inférieure à 80%) :</b> <input type="checkbox"/> Je souhaite sur-cotiser 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. <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> ACCORDEE	QUOTITE HORAIRE et % :	A Aix-en-Provence, le

**Imprimé à déposer, dûment renseigné, impérativement** auprès des chefs d'établissement, qui devront le transmettre à la DIPE pour le **vendredi 23 juin 2023** délai de rigueur.