**DEMANDE DE SURCOTISATION \***

**TEMPS PARTIEL DE DROIT (POUR SOINS) OU SUR AUTORISATION**

 **pour l’année scolaire 2019-2020**

(DSDEN 93 – Service de gestion individuelle et financière – Campagnes 2019 - bureau 4D06 - 8 rue Claude Bernard – 93008 Bobigny Cedex)

***A RETOURNER POUR LE 11 MARS 2019 cachet de la poste faisant foi.***

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.*