

Demande d'autorisation de travail à temps partiel

Texte de référence : Arrêté ministériel n. 84-277 du 03/05/1984 relatif au statut du personnel hospitalier exerçant des activités à temps partiel.

Identification agent

Matricule Civilité :

Nom : Prénom :

Grade : Service :

Type de demande

Demande initiale

Modification de la demande initiale

Renouvellement sans changement de taux

Renouvellement avec changement de taux

Quotité de temps de travail demandée : 50 % 70 % 75 % 80 % 90 %

Durée demandée : 6 mois 1 an

Date d'effet sollicitée :

Motif de la demande

Agents qui élèvent un ou plusieurs enfants de moins de seize ans

Agents qui soignent un enfant atteint d'une infirmité exigeant des soins continus (justificatif nécessaire)

Agents qui assistent le conjoint, un ascendant ou un enfant de l'agent ou de son conjoint dont l'état nécessite, à la suite d'un accident ou d'une maladie grave, la présence d'une tierce personne (justificatif nécessaire)

Agents se trouvant dans la période de cinq ans précédant la limite d'âge de leur emploi (en lien avec la cellule retraite)

Convenances personnelles – Préciser motif :

.....

.....

Complément d'informations

Avez-vous déjà bénéficié d'une autorisation de travail à temps partiel (à différencier d'une période de travail à temps non complet) : oui non

Si oui, indiquez le nombre d'années autorisé à exercer à temps partiel :

L'intéressé(e)

Date et signature :

