

Demande d'autorisation de réintégration à temps complet

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 :

Date d'effet sollicitée

.....

Observations éventuelles

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

L'intéressé(e)
Date et signature :

.....

Zone réservée à l'administration :

Le poste occupé par l'agent est-il un poste ¹ : à temps complet à temps non complet

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>L'agent remplit-il les conditions pour réintégrer ses fonctions à temps complet :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non – Si non, motif :</p> <p>Nom, date et signature de l'agent DRH :</p>	<p>Avis sur la demande de travail à temps complet :</p> <p><input type="checkbox"/> Favorable</p> <p><input type="checkbox"/> Défavorable</p> <p style="text-align: right;">Le Directeur des Ressources Humaines, Marie GABORIT</p>
---	---

1 Texte de référence : Arrêté ministériel n. 84-277 du 03/05/1984 relatif au statut du personnel hospitalier exerçant des activités à temps partiel – article 2 : « L'application des présentes dispositions ne peut avoir pour effet de permettre à un agent de demeurer plus de seize ans à temps partiel au cours de l'ensemble de sa carrière ».