

A REMPLIR PAR L'INTERESSE(E)

Je soussigné(e) :		
Grade :		
Établissement d'affectation		
Demande de mutation pour la prochaine rentrée scolaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (à renseigner obligatoirement)		
Souhaite exercer durant l'année scolaire 2023-2024 à :		
<input type="checkbox"/> Temps partiel de droit à compter du 01/09/2023 (Joindre les pièces justificatives) <input type="checkbox"/> suite à naissance ou adoption <input type="checkbox"/> pour apporter des soins à un proche <input type="checkbox"/> au titre du handicap Pour une quotité de : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% (*) <input type="checkbox"/> Je sollicite la surcotisation après avoir pris connaissance des modalités expliquées dans la circulaire du temps partiel (1) Mon temps partiel de droit cesse pendant l'année scolaire 2023-2024 Je souhaite finir l'année à temps partiel <input type="checkbox"/> oui (temps partiel sur autorisation) Pour une quotité de : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% (*) <input type="checkbox"/> Je sollicite la surcotisation <input type="checkbox"/> non je reprends à temps plein Date : Signature :	<input type="checkbox"/> Temps partiel sur autorisation à compter du 01/09/2023 <input type="checkbox"/> pour création ou reprise d'entreprise <input type="checkbox"/> autre motif Pour une quotité de : <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 70% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 90% (*) <input type="checkbox"/> Je sollicite la surcotisation après avoir pris connaissance des modalités expliquées dans la circulaire du temps partiel Date : Signature :	<input type="checkbox"/> Reprise à temps complet à compter du 01/09/2023 Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE CHEF D'ETABLISSEMENT D'AFECTATION A TITRE DEFINITIF

Avis du chef d'établissement (à motiver en cas d'avis défavorable) quotité proposée%.
Fait à Le ___/___/___ Signature :

Vu et pris connaissance par l'intéressé(e) après entretien préalable après avis défavorable Date : Signature de l'intéressé (e) :
--

(1) Surcotisation dans le cadre d'un TP de droit pour apporter des soins à un proche, au titre du handicap et pour création ou reprise d'entreprise

(*) Cochez la case correspondante

Cette demande doit être adressée au **Rectorat de Rennes – DIPATE 1 – POUR LE 16 décembre 2022 AU PLUS TARD**