



**ACADÉMIE
D'AMIENS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE DES FONCTIONS APRÈS TEMPS PARTIEL

à envoyer par courriel **avant le 1^{er} juin 2021**

Pour les personnels administratifs : ce.dpae1@ac-amiens.fr

Pour les personnels de santé, sociaux et ITRF : ce.dpae2@ac-amiens.fr

DOCUMENT À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT EN CAS DE FIN DE TEMPS PARTIEL

Je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

Né(e) le

Corps/grade.....

Établissement/Service d'affectation (adresse précise).....

.....

sollicite l'autorisation de reprendre mes fonctions :

à 50 % du temps complet

à 60 % du temps complet

à 70 % du temps complet

à 80 % du temps complet

à 90 % du temps complet

à temps complet

à compter du

Fait à,

le

Signature de l'intéressé(e)

**Avis et signature du chef d'établissement
ou de service/ directeur de CIO**

favorable

défavorable

**Cadre réservé à
l'administration**

favorable

défavorable