

## COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE

CATEGORIE

☐ A

☐ B

☐ C



### DEMANDE TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION (REFUS PAR LA COLLECTIVITE)

#### Références :

- Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale
- Décret n°2004-777 du 29 juillet 2004 relatif à la mise en œuvre du temps partiel dans la fonction publique territoriale

#### Rappel :

Un agent peut demander à aménager son temps de travail. Le temps partiel sur autorisation n'est possible que pour les agents à temps plein. En cas de refus de la part de la collectivité, l'agent sur sa demande peut saisir directement ou par la collectivité, la Commission Administrative Paritaire.

COLLECTIVITE : .....

#### AGENT

NOM PATRONYMIQUE : .....

NOM D'USAGE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... à .....

ADRESSE POSTALE : .....

## **SITUATION ACTUELLE**

FONCTION PUBLIQUE ..... ☐ HOSPITALIERE..... ☐ D'ETAT..... ☐ TERRITORIALE

NOM DE LA STRUCTURE .....

CATEGORIE ☐ A ☐ B ☐ C

GRADE .....

ECHELON .....

## **SITUATION DE TEMPS PARTIEL**

DATE D'EFFET .....

DUREE .....

QUOTITE DE TEMPS DE TRAVAIL .....

ORGANISATION DU TRAVAIL (HORAIRES).....

DATE ENTRETIEN PREALABLE .....

MOTIVATION REFUS TEMPS PARTIEL .....

### **DEMANDE DE TEMPS PARTIEL SUITE REFUS**

#### **Visa de l'Autorité Territoriale :**

Fait à :

Le : ...../...../.....

Signature

### **PIECES A FOURNIR**

☐ COURRIER DE DEMANDE DE L'AGENT

☐ COURRIER DE LA COLLECTIVITE REFUSANT LE TEMPS  
PARTIEL SUR AUTORISATION

☐ TOUT DOCUMENT UTILE A L'ETUDE DU DOSSIER

**A DEFAUT DE TRANSMISSION DE L'ENSEMBLE DES  
PIECES OU EN CAS D'ENVOI DES ELEMENTS APRES LA  
DATE LIMITE, LE DOSSIER NE POURRA ETRE PRESENTE  
EN SEANCE**

### **CADRE RESERVE AU CENTRE DE GESTION**

**Avis de la Commission Administrative Paritaire – SEANCE DU ...../...../.....**

☐ AVIS FAVORABLE

☐ AVIS DEFAVORABLE