

**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE**

***DOSSIER DE SAISINE***

|  |
| --- |
| **TEMPS PARTIEL :**  **Refus d’autorisation** |

|  |
| --- |
| **Référence juridique :**  *Art. L 612-13 du CGFP*  *Art. 37-1 III du décret n°89-229* |

Ce document d’information devra être transmis au CDG06 dûment signé par l’intéressé(e) accompagné des pièces demandées **UNIQUEMENT** par **COURRIEL** à [cap@cdg06.fr](mailto:cap@cdg06.fr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pièces à joindre **impérativement** à ce document :   * Copie de la demande de temps partiel formulée auprès de l’autorité territoriale, * Copie de la décision de l’autorité territoriale motivant le refus, * Tout autre document jugé utile à l’appréciation des membres (ex : fiche de poste, organigramme, compte-rendu d’entretien professionnel de l’année N-1) | | |
| **Votre situation administrative :** | |
| Votre employeur : | |
| Nom de famille : | Nom marital : |
| Prénom : | Date de naissance : |
| Grade : | Temps de travail : |

|  |
| --- |
| **Poste occupé :** |
| Date de prise de fonctions :  Intitulé du poste occupé : |
|  |
| **Conditions d’octroi du temps partiel :** |
| Demande de temps partiel :  1ère demande  Renouvellement  Date d’effet souhaité par l’agent :  Quotité demandée :  Durée:  Le cas échéant, date de l’entretien avec l’agent :  Motivation de la demande de temps partiel (contexte, jour, quotité…) : |
|  |
| **Observations (le cas échéant) :** |
|  |

Fait à .......................................... le.....................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM Prénom : |  |
| *Signature :* |  |