

**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

|  |
| --- |
| 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 [ ]  RenouvellementDate 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 :* |  |