

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CHANGEMENT DE TEMPS DE TRAVAIL : TEMPS PARTIEL



IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : _____
 Nom marital : _____
 Prénom : _____
 N° Matricule : _____ Affectation : _____
 Grade : _____ Quotité de temps de travail : _____
 Statut : _____
 Téléphone personnel : _____
 Adresse postale : _____
 Adresse électronique : _____
 Type de demande : demande initiale renouvellement

DEMANDE DE TEMPS PARTIEL

Quotité demandée : 50 %
 Choix à cocher 60 %
 70 %
 75 %
 Date d'effet souhaitée : 80 %
 Durée souhaitée : 90 %

Délai : 2 mois
 Durée minimal : 6 mois / 3 ans par tacite reconduction chaque année
 Pièce à joindre : néant
 Instructions : vérifiez que vos comptes et autres soient réglés avant le temps partiel

EXPOSE DETAILLE DE LA DEMANDE ou observations complémentaires formulées par l'agent :

Date : _____ Signature : _____

VISAS DES SUPERIEURS HIERARCHIQUES

Date d'effet du temps partiel : _____

Noms	Observations
Dates & Signatures	

AVIS DU DIRECTEUR FONCTIONNEL

Nom	Date d'effet accordée
Observations	
Date	Signature

Zones réservées