

 Centre Hospitalier Guillaume Régnier Ensemble au service de la santé mentale	Enregistrement	ENR-GRH-GTT-07
	TEMPS PARTIEL DE DROIT OU REPRISE À TEMPS PLEIN - PNM	
	Version 01	
		1 page
Diffusion	<i>Pour application</i> : ensemble des services	1ère version : Mars 2024
Direction Qualité / Gestion des risques	<i>Pour information</i> : ensemble des agents	Date d'application : Mars 2024
	<i>Lieux de diffusion</i> : Intranet	1 exemplaire

Nom : Prénom :
 Matricule : Grade :
 Unité fonctionnelle : Pôle/service :
 Prénom de l'enfant : Sexe : M F
 Date de naissance : /__/__/ - /__/__/ - /__/__/

D'exercer mon travail à temps partiel (jusqu'aux 3 ans de l'enfant) à% (préciser le temps de travail)
 De reprendre mes fonctions à temps plein
 A compter du /__/__/ - /__/__/ - /__/__/ (préciser la date)

Pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction,
 Motif :

Naissance (jusqu'aux 3 ans de l'enfant) ou adoption (3 ans à compter de l'arrivée de l'enfant)
 - Fournir un extrait d'acte de naissance ou une copie du livret de famille

Donner des soins à un enfant ou à un proche
 - Fournir un certificat médical

En raison de votre reconnaissance travailleur handicapé (RQTH)
 - Fournir une reconnaissance de travailleur handicapé

**Pour information, pourcentage de temps partiel de droit autorisés : 50, 60, 70 et 80%*

SIGNATURE DU DEMANDEUR	VISA DE LA DIRECTION DES SOINS	VISA DU RESPONSABLE DE SERVICE
Nom, Prénom et Signature :	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable Nom, Prénom et Signature :	<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable Nom, Prénom et Signature :
Date : /__/__/ - /__/__/ - /__/__/	Date : /__/__/ - /__/__/ - /__/__/	Date : /__/__/ - /__/__/ - /__/__/

A, le /__/__/ - /__/__/ - /__/__/

Cette demande est à adresser au secrétariat de la DAM-DRH