

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THÉRAPEUTIQUE POUR LES PERSONNELS NON TITULAIRE

(Décret n°2021-997 du 28/07/2021 – Ordonnance n° 2020-1447 du 25/11/2020 – Décret n°86-442 du 14/03/1986 – Article 34 bis de la loi n°84-16 du 11/01/1984)

1. Partie à remplir par le fonctionnaire

Je soussigné(e),

Nom d'usage		N°séc. sociale					
Nom		Prénom(s)					
Corps		Grade					
Affectation							
Adresse personnelle							
Code postal		Ville					

demande l'octroi d'un temps partiel pour raison thérapeutique à.....% (quotité de 50, 60, 70, 80 ou 90%)

à compter du : (date souhaitée – Merci de tenir compte du délai d'instruction)

selon les modalités suivantes (préciser les périodes travaillées et non travaillées) :

.....

.....

Cette demande est : une première demande un renouvellement

A,
 le

Signature

Documents à joindre obligatoirement :

- une copie du Cerfa « avis d'arrêt de travail » avec prescription d'un temps partiel pour raison médicale + accord de la caisse primaire d'assurance maladie pour le paiement des indemnités journalières