



MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

## PERSONNELS ADMINISTRATIFS, SOCIAUX ET DE SANTÉ (AGENTS TITULAIRES)

### MODIFICATION DE LA QUOTITÉ DE TEMPS PARTIEL

Je soussigné(e), Nom - Prénom.....

Né(e) le ..... N° NUMEN .....

Corps ..... Grade .....

Etablissement d'affectation (*adresse précise*) .....

.....

souhaite modifier ma quotité de temps partiel complet à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Quotité actuelle : ..... %

Quotité nouvelle : ..... % - Date d'effet : .....

**DATE ET SIGNATURE DE L'INTERESSE(E)**

**AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT  
OU DE SERVICE**

**SIGNATURE DU CHEF D'ETABLISSEMENT  
OU DE SERVICE**