



MINISTÈRE DE  
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

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

### DEMANDE DE SURCOTISATION

#### A PRÉSENTER A CHAQUE RECONDUCTION DE PÉRIODE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL

Je soussigné(e), Nom - Prénom.....

Né(e) le ..... N° NUMEN .....

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

Etablissement d'affectation .....

.....

Exerce mes fonctions à temps partiel à .....% depuis le .....

#### **MOTIF**

- sur autorisation,
- de droit pour des soins au conjoint, à un enfant à charge ou un ascendant,
- reconnu travailleur handicapé
- demande à sur cotiser sur la base d'un temps plein de la retraite à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Fait à ....., le .....

Signature