

**1<sup>ERE</sup> DEMANDE ET RENOUVELLEMENT DE TEMPS PARTIEL POUR RAISON THERAPEUTIQUE**

**DES ATSS ET DES ENSEIGNANTS DU SECOND DEGRE DU PUBLIC ET DU PRIVE**

Si le TPT est en lien avec un accident de travail, de service ou une maladie professionnelle, adressez votre demande au service accident de service et maladie professionnelle.

Les enseignants du premier degré doivent s'adresser à leur service gestionnaire.

**1. Partie à remplir par le fonctionnaire**

Département d'affectation :  Côte d'Or  Nièvre  Saône-et-Loire  Yonne

Je soussigné(e), Nom : Prénom(s) :

Né(e) le : Grade :

Adresse personnelle :

Affectation :

Adresse mail académique :

Adresse mail personnelle :

Téléphone :

Demande un temps partiel thérapeutique à une quotité de :  50 %  60 %  70 %  80 %  90 %

A compter du : pour une période de :  1 mois  2 mois  3 mois

A le

Signature de l'intéressé(e)

**2. Visa du Supérieur hiérarchique**

Vu par le supérieur hiérarchique le :

Signature et tampon

Nom et prénom

Rectorat de Dijon – Pôle congés longs