Document agent

Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Téléphone(s) : .....

Grade : .....

Employeur(s) : .....

Position statutaire : ☐ CMO ☐ CLM ☐ CLD ☐ CITIS ☐ en activité

Sollicite : ☐ un octroi du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

OU

☐ un renouvellement du Temps Partiel pour raison Thérapeutique

Quotité de travail : ☐ 50 % ☐ 60 % ☐ 70 % ☐ 80 % ☐ 90 %

Durée : .....(dans la limite de 12 mois)

Date d'effet : .....

A ....., le ..... Signature