

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 : 1 mois 2 mois 3 mois

Date d'effet :

A, le

Signature