Centre Hospitalier Guillaume Régnier Ensemble au service de la santé mentale	Enregistrement	ENR-GRH-GTT-10
	TEMPS PARTIEL POUR CONVENANCES PERSONNELLES OU REPRISE A TEMPS PLEIN – PNM	Version 01 1 page
Diffusion	*Pour application :* ensemble des services	*1ère version : octobre 2023*
Direction Qualité / Gestion des risques	*Pour information :* ensemble des agents	*Date d'application : Mars 2024*
	Lieux de diffusion : Intranet	*1 exemplaire*

Nom : ..... Prénom : .....

Matricule : ..... Grade : .....

Unité fonctionnelle : ..... Pôle/service : .....

❑ **D'exercer mon travail à temps partiel à ..... % (*préciser le temps de travail*) :**

- Après épuisement de mon temps partiel de droit suite à une naissance ou une adoption
- Pour les infirmiers, aides-soignants et agents de service hospitaliers de plus de 50 ans
- Autre

❑ **De modifier mon travail à temps partiel :**

- Ancien : ..... %
- Nouveau : ..... %

❑ **De reprendre mes fonctions à temps plein**

A compter du /__/__/ - /__/__/ - /__/__/ (*préciser la date*)

Pour un renouvellement, une modification de temps partiel ou pour un retour à temps plein, la demande est à envoyer à la DAM-DRH au moins 2 mois avant la date d'échéance du temps partiel.

SIGNATURE DU DEMANDEUR	VISA DU RESPONSABLE DE SERVICE
Nom, Prénom et Signature : Date : /__/__/ - /__/__/__/ - /__/__/	□ Avis favorable □ Avis défavorable Nom, Prénom et Signature : Date : /__/__/ - /__/__/__/ - /__/__/

Cette demande est à adresser au secrétariat de la DAM-DRH