

## DEMANDE DE CHANGEMENT DE QUOTITÉ DE TRAVAIL OU DE PROLONGATION DE TEMPS PARTIEL

Nom et Prénom de l'agent : .....

Grade : ..... Quotité de travail actuelle : .....

Service : .....

Prolongation du temps partiel, quotité et date d'effet : .....

Nouvelle quotité souhaitée et date d'effet : .....

Accepte de changer de service si pas de possibilité dans le service d'origine :  OUI  NON

Observations éventuelles : .....

.....

Date : ..... Signature : .....

**Avis du Cadre de pôle ou du responsable de secteur :**

Accord  Refus Motif : .....

Date : ..... Nom : ..... Signature : .....

**Avis de la Direction des Soins ou du Directeur Adjoint :**

Accord  Refus Motif : .....

Date : ..... Nom : ..... Signature : .....

**Décision :**

Pas de possibilité immédiate mais demande mise en attente  
(à renouveler après 12 mois si vous n'avez pas obtenu satisfaction)

Accordé avec effet du .....

Refus Motif : .....

Date : ..... Nom : ..... Signature : .....