**DEMANDE D’AUTORISATION DE REPRISE
DES FONCTIONS APRES TEMPS PARTIEL – Personnels ATSS**

à déposer **pour le 3 JUIN 2024 au plus tard**

sur la plateforme numérique COLIBRIS accessible par internet à l’adresse :

https://portail-amiens.colibris.education.gouv.fr

**DOCUMENT À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT EN CAS DE FIN DE TEMPS PARTIEL**

Je soussigné(e),

**NOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Prénom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Corps/grade Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Établissement/Service d’affectation (adresse précise) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

sollicite l’autorisation de reprendre mes fonctions :

[ ]  à 50 % du temps complet

[ ]  à 60 % du temps complet

[ ]  à 70 % du temps complet

[ ]  à 80 % du temps complet

[ ]  à 90 % du temps complet

[ ] à temps complet

à compter du Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait à, le *Signature de l’intéressé(e)* | **Avis et signature du chef d’établissement****ou de service/ directeur de CIO**[ ]  favorable [ ]  défavorable | **Cadre réservé à l’administration**[ ]  favorable [ ]  défavorable |