

# TEMPS PARTIEL

## Formulaire de demande

Dans le cadre de l'accord sur la Qualité de Vie au Travail du 31 mai 2012 ce formulaire a pour objet de faciliter les demandes des salariés souhaitant travailler à temps partiel.

Les conditions sont fixées dans le chapitre 4 - section 3 du dispositif conventionnel AREVA NC du 6 Mars 2012 .



Numéro de badge : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du Salarié : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Société : \_\_\_\_\_

1. Ce document est à transmettre par le salarié à son responsable hiérarchique, avec copie à DRH.
2. Les demandes sont examinées conjointement par DRH et par la hiérarchie.
3. La Direction fait connaître sa réponse sous forme écrite dans les 30 jours qui suivent.

MOTIVATIONS (Facultatif) :

Demande initiale (nouvelle)       Demande de modification (renouvellement)

Date de début souhaitée : \_\_\_\_\_

*Si la réponse est positive, le passage effectif à temps partiel a lieu dès que les conditions d'organisation du service le permettent, dans un délai maximum de 3 mois.*

Durée de la période à temps partiel souhaitée : \_\_\_\_\_

*Le passage à temps partiel fait l'objet d'un avenant au contrat de travail d'une durée de 1 an à 3 ans, renouvelable.*

**Choix de l'incitation financière : (ne concerne pas les temps partiel GID)**

Prime mensuelle       Assiette de cotisation taux plein

Utilisation du CET :  (ne concerne pas les temps partiel GID)

**Souhaits du salarié en matière de durée et rythme du travail :**

50%     60%     70%     80%     Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Avec RTT       Sans RTT

**Journées travaillées souhaitées :**

	Lu	Ma	Mer	Jeu	Ven
Matin	<input type="checkbox"/>				
Après-midi	<input type="checkbox"/>				

Soit nombre total d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Signature du salarié

Signature N+1

Signature RRH

Date :

Nom :

Nom :

Date :

Date :