Demande d'ouverture d'un compte épargne temps

Partie à compléter par l'agent

A adresser à la Direction des Ressources Humaines

NOM : ---------- **Prénom** : ----------

LYCEE D'AFFECTATION : ----------

SERVICE : ----------

AGENT : **STATUT :** **TITULAIRE** ☐ **NON TITULAIRE** ☐

CADRE D'EMPLOIS :---------- -- --------- **GRADE**----------

QUOTITE DE TRAVAIL : **TEMPS PLEIN** ☐ **TEMPS PARTIEL** ☐ **QUOTITE** : ----------

Sollicite l'ouverture d'un compte épargne temps et atteste avoir pris connaissance de ses conditions de mise en œuvre.

Fait à ---------- le, ----------

Signature de l'agent	Visa du Chef d'établissement

Partie réservée à la Direction des Ressources Humaines

DECISION DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES :

ACCORD ☐ **REFUS** ☐ : ----------

Fait à ---------- le ----------

Signature de la DRH