

SERVICE AGENTS INTERIMAIRES

DEMANDE DE PROLONGATION D'INTERVENTION

I – Dénomination de la Collectivité :

.....

II – L'intervention est demandée pour :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Congé de maladie | <input type="checkbox"/> Congé annuel | <input type="checkbox"/> Besoin occasionnel |
| <input type="checkbox"/> Congé maternité | <input type="checkbox"/> Congé parental | <input type="checkbox"/> Besoin saisonnier |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | | |

(1)

III – Période : du au

IV – Nombre global d'heures sur la période : heures

V – Nombre d'heures hebdomadaire : heures

VI – Indiquer les jours et horaires de travail souhaités :

lundi :	de h à h	de h à h
mardi :	de h à h	de h à h
mercredi :	de h à h	de h à h
jeudi :	de h à h	de h à h
vendredi :	de h à h	de h à h
samedi :	de h à h	de h à h

VII – Remarques éventuelles

Accepteriez vous que, pour la période envisagée, les jours d'ouverture habituels de votre collectivité soient modifiés ?

OUI NON (1)

Autres remarques particulières :

Fait à

Le

Signature du représentant de
la Collectivité et cachet,

(1) *cocher la case concernée*