|  |
| --- |
|  FORMULAIRE DE DEMANDE DE MOBILISATION DU COMPTE PER COMPTE PERSONNEL DE FORMATION  |

|  |
| --- |
| * Nom :
* Prénom :
* Date de naissance :
* Etablissement d’exercice :
* Ville :
* Adresse mail …………………………………………………………………………...
* Corps :
* Grade :
* Discipline :
* Niveau de diplôme :
* Numéro de sécurité sociale :
* Position administrative :
 |

**Votre projet d’évolution professionnelle**

* Vos fonctions actuelles :

* Types de fonctions, d’activités, de responsabilités ou promotion visées :

* Vos motivations :

* Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

* Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :
* □ à titre principal
* □ à titre accessoire (décrire de quelle façon vous l’envisagez)

………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

**Mobilisation du CPF au titre de l’année 2020-2021**

* Nombres d’heures disponibles sur votre compte CPF :
* Nombres d’heures à mobiliser pour la formation demandée (dans la limite du plafond de 150 heures) :
* Utilisation des heures par anticipation (dans la limite des droits acquis au titre des 2 prochaines années et du plafond de 150h) : …………………………………………………………………….

**Détail de la formation demandée :**

* Intitulé de la formation (joindre le programme) :

* Type de formation (y compris bilan de compétence, VAE, préparation aux concours et examens professionnels, etc…) :

* Nom de l’organisme de formation :

* Lieu de formation :

* Coût pédagogique :

**(Joindre au moins deux devis)**

* Durée totale en heures :
* Dates : du ………. / ………./ ………. Au ………./ ………./ ……….

Je suis informé.e que :

- En cas de participation à moins de 90% des heures prévues par la formation au titre du CPF

l’administration ne règlera pas les frais pédagogiques.

- En cas de renoncement, je m’engage à le signaler à la DAFIP, à l’adresse :

**cpf.dafip@ac-aix-marseille.fr**

Fait le ……../……../……… à ……………………. Signature de l’agent :

**Partie à faire remplir par votre supérieur hiérarchique**

Avis : 🞏 Favorable

 🞏 Défavorable

Avis circonstancié (obligatoire) :

Fait le……/……/…. à …………….

Nom, prénom du signataire : ……………………………………Signature :

**Partie à faire remplir par votre Inspecteur**

**Avis** : 🞏 Favorable

 🞏 Défavorable

Avis circonstancié (obligatoire) :

Fait le………/………/……. à …………….

Nom, prénom du signataire : ……………………………………Signature :