

**Formulaire de demande d’utilisation**

**du compte personnel de formation**

 **ANNEE SCOLAIRE 2022-2023**

**CALENDRIER DES CAMPAGNES :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Campagne** | **Formations concernées** | **Date limite de dépôt des dossiers** | **Date de la commission** | **Choix de la campagne (cocher la case concernée)** |
| **Campagne n°1** | Formations débutant entre le 1er septembre 2022 et le 31 décembre 2022 | 30 avril 2022 | Mai 2022 |  |
| **Campagne n°2** | Formations débutant entre le 1er janvier 2023 et le 31 août 2023 | 30 octobre 2022 | Novembre 2022 |  |

**Situation professionnelle**

Nom :

Prénom :

Établissement :

Fonctions actuelles :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

**Votre projet d’évolution professionnelle**

Votre projet :

Vos motivations, quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction : □ à titre principal □ à titre accessoire

Avez-vous rencontré le CMC ou le conseiller RH de proximité ?

Si non, souhaitez-vous le rencontrer ?

**Mobilisation du CPF**

Capital d’heures sur ***moncompteactivite.gouv.fr*** :

Nombre d’heures totales mobilisées au titre du CPF pour l’année

 - sur le temps de travail

 - hors temps de travail

dont nombre d’heures au titre de l’anticipation  :

**Détail des actions demandées**(**si plusieurs actions sont demandées renseigner un formulaire par action.)**

**Actions -** Intitulé de la formation (joindre le programme\*) :

 Type de formation

 Modalités :

 Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ?

 Nom de l’organisme de formation :Lieu de la formation :

 Coûts pédagogiques : Frais annexes :

 Durée totale en heures :

 Dates : du au

|  |
| --- |
|  Pièces à fournir :* un devis de moins de 3 mois
* un calendrier de formations
* une attestation du capital d’heures CPF sur ***moncompteactivite.gouv.fr***
 |

Je m’engage, en cas d’absence de suivi de tout ou partie de la formation sans motif valable, à rembourser l’ensemble des frais pris en charge par l’administration.

Fait le à Signature de l’agent

**Partie réservée à l’administration**

Avis de l’inspecteur de l’éducation nationale :

Motivation obligatoire en cas de refus :

Fait le à

Nom du signataire :

Signature :

**Décision finale de l’inspecteur d’académie – directeur académique des services départementaux de l’éducation nationale :**

Date de réception de la demande :

**Motivation du refus :**

Durée totale en heures :

Montant de la prise en charge total :

* dont € pour les coûts pédagogiques
* dont € pour les frais annexes

Fait le à Nom du signataire :

Signature :