

**Dossier de candidature
Congé de formation professionnelle
Année scolaire 2024-2025**

Identité

Civilité : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Situation de famille : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Courriel professionnel : _____

Téléphone : _____

Situation professionnelle

Corps : _____

Grade : _____

Ancienneté : _____

Échelon : _____

Date de titularisation : _____

Établissement d'exercice : _____

Établissement d'affectation à titre définitif : _____

Formation sollicitée

➤ Projet de formation:

➤ But et motivation :

➤ Organisme de formation :

➤ Lieu de formation :

➤ Quotité de formation :

à temps plein sur l'année scolaire

à mi-temps sur l'année scolaire

une journée par semaine sur l'année scolaire

➤ Date prévue de début de formation :

➤ Date prévue de fin de formation :

➤ S'agit-il d'une 1^{ère} demande ? oui non

Si non, combien et au titre de quelles années ces demandes ont-elles été formulées ?
(préciser la formation sollicitée)

-

-

-

-

-

➤ Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ? oui non

Si oui, préciser :

- les dates : du au

- la formation que vous avez suivie :

➤ Envisagez-vous d'effectuer une demande de mutation au titre de la rentrée 2024 ?

oui non

Engagement du candidat :

Dans l'hypothèse où ma demande serait acceptée, je m'engage à rester au service de la fonction publique, à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle ou forfaitaire m'aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.

Je m'engage également, en cas d'interruption de ma formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions du décret modifié n°2007-1470 du 15 octobre 2007, notamment concernant les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation, la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois) et l'obligation de paiement des retenues pour pension.

Date et signature de l'agent	Avis du supérieur hiérarchique
	Date et signature :
<u>Décision de l'IA-DASEN</u>	
<input type="checkbox"/> accordé	
<input type="checkbox"/> non accordé	
.....	
.....	
.....	
.....	
Date	Signature

DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

"Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par la DSDEN de Côte-d'Or afin de répondre à une mission d'intérêt public. Ces données ne sont pas conservées au-delà de 3 ans. Les informations vous concernant, ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement du présent dossier.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante: dpd@ac-dijon.fr

Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07"