

**Dossier de candidature
Congé de formation professionnelle
Rentrée scolaire 2023-2024**

IDENTITE

Civilité :

Nom :

Prénom :

Situation de famille :

Code postal :

Ville :

E-mail prof :

Tél prof :

Tél mobile :

SITUATION PROFESSIONNELLE

Corps :

Grade :

Ancienneté :

Echelon :

Date de titularisation :

Etablissement d'exercice :

Etablissement d'affectation à titre définitif :

FORMATION

➤ 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 été effectuées ? (préciser la formation sollicitée)

-.....

-.....

-.....

-.....

-.....

➤ Avez-vous déjà bénéficié d'un congé de formation professionnelle ? 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 2023 ?

oui non

Engagement du candidat :

Dans l'hypothèse où ma demande serait agréée, je m'engage à rester au service de l'État, 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 SUPERIEUR HIERARCHIQUE
	Date et signature :

DONNÉES A CARACTERE 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"