ACADÉMIE DE DIJON
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de Côte-d'Or

Division des ressources humaines

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MOBILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

Calendrier des campagnes :

Campagne	Formations concernées	Date limite de dépôt des dossiers	Date de la commission	Choix de la campagne (cocher la case correspondante)
n°1	Formations débutant entre le 1er septembre 2024 et le 31 décembre 2024	30 avril 2024	Mai 2024	
n°2	Formations débutant entre le 1er janvier 2025 et le 31 août 2025	30 octobre 2025	Novembre 2024	

Votre situation professionnelle

Nom :

Prénom :

Établissement d'affectation :

Fonctions actuelles :

Adresse :

Téléphone :

Courriel académique :

Votre projet d'évolution professionnelle (description de 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 conseiller mobilité-carrière ou le conseiller ressources humaines de proximité ? ☐ oui ☐ non Si non, souhaitez-vous le rencontrer ? ☐ oui ☐ non

Mobilisation du CPF
Capital d'heures sur moncompteformation.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 :

<u>Détail des actions demandées</u> *(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 ? ☐ oui ☐ non
Si oui, lesquels ?
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 formation ☐ une attestation du capital d'heures CPF (*ou copie d'écran faisant apparaître votre nom, prénom et le capital d'heures*) sur moncompteformation.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 à , le

Signature de l'agent

Partie réservée à l'administration
Avis de l'inspecteur de l'éducation nationale : ☐ Favorable ☐ Défavorable Motivation obligatoire en cas de refus : Fait à , le Nom et fonction du signataire : Signature :

Date de réception de la demande :

Décision de l'IA-DASEN :
☐ accordé ☐ refusé
Durée totale en heures : Montant total de la prise en charge : •dont € pour les coûts pédagogiques •dont € pour les frais annexes 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"