académie Dijon
direction des services départementaux de l'éducation nationale Côte-d'Or

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

à adresser pour **le 10 avril 2020** à DSDEN de Côte d'Or : cab-rh21@ac-dijon.fr

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(1)

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 :

1) si plusieurs actions sont demandées renseigner un formulaire par action.

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 :