|  |
| --- |
| **Formulaire de demande d’utilisation du compte personnel de formation 2023-2024** |

***Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires.***

|  |  |
| --- | --- |
| NOM : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| PRÉNOM : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| ADRESSE ET VILLE : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| FONCTION ACTUELLE : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| ÉTABLISSEMENT : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| TÉLÉPHONE : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| COURRIEL *(académique)* : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| N° DE SÉCURITE SOCIALE : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| NIVEAU D’ÉTUDES : | *(CAP, BEP, licence, …)* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| DERNIER DIPLÔME : | *(Bac pro, Master, ..., aucun)* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**VOTRE PROJET D’ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE**

*Décrivez votre projet :*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*Indiquez vos motivations :*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*Indiquez quelles compétences vous souhaitez acquérir à l’issue de votre formation :*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
|  |

Avez-vous rencontré votre conseiller R.H. de proximité pour définir votre projet ?

*(Oui/Non)*

***Dans la négative, nous vous invitons à le rencontrer dès que possible afin de déterminer aux mieux votre projet professionnel :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Département** | **Conseiller** | **Courriel** |
| Côte-d’Or Nord | Aurélie KOEHRER | rhproximite21nord@ac-dijon.fr |
| Côte-d’Or Sud | Elisa PEREIRA | rhproximite21sud@ac-dijon.fr |
| Saône-et-Loire Sud | Clémence BOXBERGER | rhproximite71sud@ac-dijon.fr |
| Saône-et-Loire Nord | Gaëlle ARRACHART-FOURIER | rhproximite71nord@ac-dijon.fr |
| Nièvre | Lawrence GUILLAUME | rhproximite58@ac-dijon.fr |
| Yonne | Véronique SIMON | rhproximite89@ac-dijon.fr |

**MOBILISATION DU CPF**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Nombre **total** d’heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour l’année scolaire :

|  |
| --- |
|  |
|  |

* Sur le temps de travail :
* Hors temps de travail :

|  |
| --- |
|  |

Dont le nombre d’heures souhaité, si nécessaire, au titre de l’anticipation :

**DÉTAIL DE L’ACTION DE FORMATION DEMANDÉE**

*Intitulé de la formation (joindre le programme)*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*Organisme de formation*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

*Lieu de la formation (ville)*

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Type de formation (certifiante, diplômante, …) :

|  |
| --- |
| *(Aucun, Bac +1, …)* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Niveau de formation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Modalités** |  | | |
| Durée totale *(en heures)* : |  | Dates : du au | |
| En présentiel (placez un X dans la case) : |  | A distance (placez un X dans la case) : |  |
| Nombre d’heures en présentiel : |  | Nombre d’heures à distance : |  |
| Coût pédagogique *(hors frais d’inscription)* : |  | Coût horaire : |  |

|  |
| --- |
| **Pièces à fournir :**     * Un devis de moins de 3 mois du coût de votre formation, fourni par l’organisme de formation concerné ; * En cas de dépassement du plafond de **1500€** fixé par la circulaire académique, un devis correspondant au montant restant dû, dans le cas d’un financement personnel (à la charge de l’agent). * Le calendrier de formation ; * Une attestation de votre capital d’heures CPF   *(Impression d’écran sur le site moncompteformation.gouv.fr)*. |

***Tout dossier incomplet ne sera pas instruit.***

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

Fait le : à

Signature de l’agent :

**PARTIE RESERVEE AU RESPONSABLE HIERARCHIQUE**

Nom du supérieur hiérarchique :

*(Pour les AESH, document à transmettre au DASEN)*

Fonction du supérieur hiérarchique :

Avis du supérieur hiérarchique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Défavorable : |  |

Favorable :

Motivation en cas de refus :

|  |
| --- |
|  |

Fait le : ......................... à ...................................................................................... . .

Signature du supérieur hiérarchique :