**FORMULAIRE DE DEMANDE D’UTILISATION**

**DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION**

**Nom** : …………………………………………………………… **Prénom : …………………………………………………………**

**Service : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Statut ou grade : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Date d’entrée dans la fonction publique : ……………………………………………………………………………………………**

**Votre projet d’évolution professionnelle**

 **Vos fonctions actuelles :**

 ………………………………………………………………………………………………………………………...............................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................

 ………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................

 **Type de fonctions, d’activités, de responsabilités visées :**

 ………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................

 …………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................

 **Vos motivations :**

 ………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………….............................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 **Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?**

 ……………………………………………………………………………………………………………………….............................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………….............................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

 ……………………………………………………………………………………………………………………………........................................................

**Envisagez-vous d’exercer cette nouvelle fonction ?** : □ **A titre principal** □ A **titre accessoire**

**Avez-vous bénéficié d’un conseil en évolution professionnelle ? □ Oui □ Non**

**Si non souhaitez-vous en bénéficier ? □ Oui □ Non**

**Mobilisation du CPF**

Nombre d’heures totales mobilisées au titre de CPF : …………………………………………………………………………………….....

Sur le temps de travail : ………………………...……… Hors temps de travail : .………………………...……………………

Dont …………. Heures au titre de l’année (N) ……………….. et ………………. Heures au titre de l’année ( N+1) ………….

Dont nombre d’heures au titre de l’anticipation : ………………………………………………………….

**Détail de l’action demandée**

Intitulé/type (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE,etc.) de la

formation ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Durée de la formation : du …../…../…….. au …../…../…….. pour un nbre d’hres totales de : ………………......**.**

• Modalités : □ en présentiel □ à distance / e-formation

• Disposez-vous des prérequis nécessaires à cette action de formation ? □ Oui □ Non

Nom de l’organisme de formation : …………………………………………………………………………………………………………………

Lieu de la formation : .............................................................................................................................................

Coût pédagogique HT………………………et TTC …………………………..

Frais déplacement prévisionnels (TTC ) ………………………….

**Joindre le(s) programme(s) + le calendrier prévisionnel des jours et heures de formations**

**Joindre au moins deux devis pour les coûts pédagogiques**

**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 :

**PARTIE RESERVEE A L’ADMINISTRATION**

**Avis préalable du N+1 ne valant pas autorisation**

Date de réception de la demande : …..**…../….…../…………….**

**Le responsable hiérarchique : …………………………………………………………………..** émet un avis**: □ Favorable**

 **□ Défavorable**

Motivations (obligatoire si refus)**: ...……………………………………………………………………………………………………………………….**

**..…..…………………………………………………………………………………………………………………………….............................................**

**..…..…………………………………………………………………………………………………………………………….............................................**

**..…..…………………………………………………………………………………………………………………………….............................................**

Fait le **……./..…../………….** à **…………………………………………** Signature**:**

**Décision de l’autorité territoriale**

Date de réception de la demande **:** **……../….…../…………..**

**□ la demande de CPF est refusée**.

 **Motivation du refus :** **…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**□ la demande de CPF est acceptée partiellement ou doit être modifiée (attention dans ce cas l’agent devra effectuer une nouvelle demande) :**

**Motivation du refus partiel :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**…**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **□ La demande de CPF est accordée :** Durée totale en heures **:**  **……………………………………………....**

Montant de la prise en charge (TTC) : ………………………………………………………au titre du coût pédagogique

Frais de déplacement : remboursement sur la base du guide des déplacements et dans la limite de 450 € par action de formation

Fait le **……**/**…….**/**…..….**. à **………………………………….** Nom, prénom et fonction

 signature

de l’autorité territoriale  Notifié à l’agent le **………**/**…….**/**…..………**. signature de l’agent :