Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur
02A-200095016-20241216-24-47bis-RH-AU
Accusé certifié exécutoire
Réception par le préfet : 20/12/2024

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE PORTIVECHJU
FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION
DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

Nom : .....

Prénom : .....

Direction : .....

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 ou promotion visées :

.....

.....

.....

.....

Vos motivations :

.....

.....

.....

.....

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

.....

.....

.....

.....

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction : ☐ À titre principal ☐ À titre accessoire

Avez-vous bénéficié d'un conseil en évolution professionnelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si non souhaitez-vous en bénéficier ? ☐ Oui ☐ Non

Mobilisation du CPF au titre de l'année ....

Nombre d'heures totales mobilisées au titre du CPF pour l'année ..... :

- Sur le temps de travail .....
- Hors temps de travail .....

Joindre votre décompte d'heures accessibles sur le site https://www.moncompteformation.gouv.fr/

Détail des actions demandées

Actions 1 : Intitulé de la formation (joindre le programme) .....

Type de formation (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE, etc...)

.....

Modalités : ☐ en présentiel ☐ à distance/e-formation

Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'organisme de formation : .....

Lieu de la formation : .....

Coûts pédagogiques (HT et TTC) .....

Frais annexes (HT et TTC) : .....

(Joindre au moins deux devis pour les coûts pédagogiques)

Durée totale en heures : .....

Dates : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF :

- Sur le temps de travail .....
- Hors temps de travail .....

Actions 2 (si nécessaire) : Intitulé de la formation (joindre le programme) .....

Type de formation (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE, etc...)

.....

Modalités : ☐ en présentiel ☐ à distance/e-formation

Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'organisme de formation : .....

Lieu de la formation : .....

Coûts pédagogiques (HT et TTC) .....

Frais annexes (HT et TTC) : .....

(Joindre au moins deux devis pour les coûts pédagogiques)

Durée totale en heures : .....

Dates : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF :

- Sur le temps de travail .....
- Hors temps de travail .....

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 RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION
Le responsable hiérarchique :

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

Avis :

☐ Favorable

☐ Défavorable

Motivations (obligatoire si refus) : (à préciser le cas échéant dans une note distincte)

.....

.....

.....

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Nom, Prénom du signataire : .....

Signature :

Décision finale 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 totale des frais pédagogiques : ..... € TTC

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Le Président,

Jean-Christophe ANGELINI