



**ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
des Hautes-Alpes

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MOBILISATION DU
COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

- Nom :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Etablissement d'exercice :
- Ville :
- Adresse mail
- Corps :
- Grade :
- Discipline :
- Niveau de diplôme :
- Numéro de sécurité sociale :
- Position administrative :

Votre projet d'évolution professionnelle

- Vos fonctions actuelles :.....
.....
- Types 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 (décrire de quelle façon vous l'envisagez).....
.....

Mobilisation du CPF au titre de l'année 2020-2021

- Nombres d'heures disponibles sur votre compte CPF :
- Nombres d'heures à mobiliser pour la formation demandée (dans la limite du plafond de 150 heures) :
- Utilisation des heures par anticipation (dans la limite des droits acquis au titre des 2 prochaines années et du plafond de 150h) :

Détail de la formation demandée :

- Intitulé de la formation (joindre le programme) :
.....
- Type de formation (y compris bilan de compétence, VAE, préparation aux concours et examens professionnels, etc...) :
.....
- Nom de l'organisme de formation :
.....
- Lieu de formation :
- Coût pédagogique :
- **(Joindre au moins deux devis)**
- Durée totale en heures :
- Dates : du / / Au / /

Je suis informé.e que :

- En cas de participation à moins de 90% des heures prévues par la formation au titre du CPF l'administration ne règlera pas les frais pédagogiques.
- En cas de renoncement, je m'engage à le signaler à la DSDEN des Hautes-Alpes, à l'adresse : valerie.marillac@ac-aix-marseille.fr

Fait le/...../..... à

Signature de l'agent :

Partie à faire remplir par votre supérieur hiérarchique

Avis : Favorable
 Défavorable

Avis circonstancié (obligatoire) :
.....
.....
.....
.....

Fait le...../...../.... à

Nom, prénom du signataire :Signature :

Partie à faire remplir par votre Inspecteur

Avis : Favorable
 Défavorable

Avis circonstancié (obligatoire) :
.....
.....
.....
.....

Fait le...../...../..... à

Nom, prénom du signataire :Signature :