



FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

Nom :

Prénom :

Service :

Statut :

Grade :

Date d'entrée dans la fonction publique :

Date d'entrée au sein de l'établissement :

MOBILISATION DU CPF AU TITRE DE L'ANNÉE (INDIQUER L'ANNÉE)

Nombre d'heures totales mobilisées au titre du CPF pour l'année (indiquer l'année) :

⇒ Sur le temps de travail :

⇒ Hors temps de travail :

Dont nombre d'heures au titre de l'anticipation :

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 ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le cas échéant, souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :

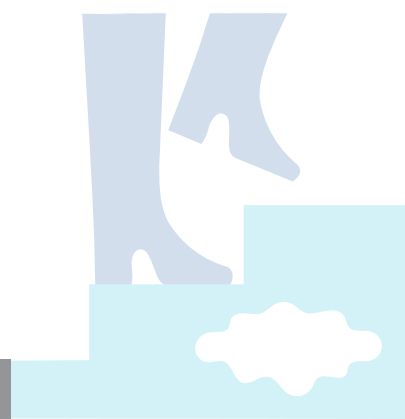
- ➔ A titre principal
- ➔ A titre accessoire

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

- ➔ Oui
- ➔ Non

Si non, souhaitez-vous en bénéficier ?

- ➔ Oui
- ➔ Non



Détail de l'action demandée

Action 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

☞ A 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)..... Frais annexes* (HT) :

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

Durée totale en heures : Dates : du / / au / /

Dates : du / / au / /

Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF :

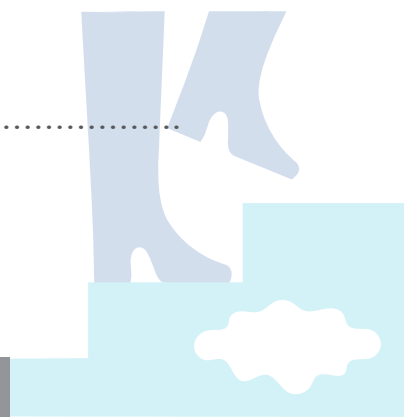
☞ Sur le temps de travail.....

☞ Hors temps de travail.....

Fait le / / à

Signature de l'agent :

**Élément Facultatif*



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

Avis du responsable hiérarchique :

⇒ 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 la direction

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

1. La demande de CPF est refusée. Motivation du refus :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. 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 :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. La demande de CPF est accordée :

Durée totale en heures :

Montant de la prise en charge total (HT) :

⊖ dont€ (HT) pour les coûts pédagogiques

⊖ dont€ (HT) pour les frais annexes

Fait le/...../..... à

Nom, prénom et fonction du signataire :

Signature :

