

NOM Prénom :

Date de la demande :



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Yonne

**Formulaire de demande de mobilisation du compte
personnel de formation 2024 (périodes de janvier à
août ou de septembre à décembre)**

Demande à transmettre à la circonscription de rattachement au plus tard le 31 octobre 2023 pour les formations se déroulant entre janvier et août 2024, au plus tard le 15 avril 2024 pour les formations se déroulant entre septembre et décembre 2024.

Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires

NOM Prénom	
ADRESSE :	
Fonction actuelle :	
Établissement :	
Téléphone :	
Courriel (académique) :	

VOTRE PROJET D'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE

Décrivez votre projet :

Indiquez vos motivations :

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

NOM Prénom :

Date de la demande :

MOBILISATION DU CPF

Capital d'heures sur *moncompteformation.gouv.fr* :

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

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)

Organisme de formation

Lieu de la formation

Type de formation (certifiante, diplômante, ...) et niveau :

Modalités

Durée totale (en heures) :		Dates : du	au
Nombre d'heures en présentiel :		Nombre d'heures à distance :	
Coût pédagogique (hors frais annexes) :		Coût horaire :	

Pièces à fournir :

- Un devis de moins de 3 mois du coût de votre formation, fourni par l'organisme de formation concerné ;
- Un calendrier de formation ;
- Une attestation de votre capital d'heures CPF (imprimable 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 à :

Le :

Signature de l'agent :

NOM Prénom :

Date de la demande :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Avis du supérieur hiérarchique : Favorable
 Défavorable

Motivation obligatoire en cas de refus :

Fait à : Le :

NOM du supérieur hiérarchique :

Signature

Avis du CMC sur le projet d'évolution professionnelle :

Date de l'entretien avec le conseiller mobilité carrière :

Fait à : Le :

Signature

Décision de l'IA-DASEN :

Demande refusée

Motivation du refus :

Demande accordée

Durée totale en heures :

Montant de la prise en charge totale :

Fait à : Le :

Signature :