

ANNEXE 1

**DEMANDE DE MOBILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)
DES PERSONNELS ENSEIGNANTS DU PREMIER DEGRE PUBLIC**

Demande à retourner à la DSDEN de la Savoie
Division du 1^{er} degré (FTLV)
131 avenue de Lyon
73000 CHAMBERY

6 mois au moins avant le début de votre formation

(4 commissions dans l'année scolaire : mi-octobre, mi-janvier, mi-avril, fin juin)

LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS ÉTUDIÉS

Je soussigné(e)

NOM (de famille suivi du nom d'usage) :

Prénom :

Date de naissance :

Grade :

Echelon :

Position administrative en activité, en congé, autre

Bénéficiaire d'une RQTH

Ancienneté générale de service au 01/09/2019 :

Affectation actuelle :

Circonscription :

Adresse personnelle :

Téléphone personnel :

Adresse électronique :@ac-grenoble.fr

Ou autre

Nombre d'heures disponibles au titre du CPF :

Souhaite utiliser heures de mon capital d'heures disponibles au titre de mon CPF pour suivre la formation décrite ci-dessous.



2/4

FORMATION DEMANDEE

Intitulé de la formation demandée:

Nom et adresse de l'organisme de formation, téléphone :

Coordonnées du responsable :

Joindre obligatoirement le descriptif détaillé officiel de l'organisme de formation, le programme de la formation et son **calendrier précis**.

Dates de la formation :

Durée en heures de la formation ou du module faisant l'objet de la présente mobilisation du CPF :

Frais pédagogiques de la formation : joindre obligatoirement un devis de l'organisme de formation

Cette formation s'inscrit dans le cadre :

- d'un projet de mobilité
- d'une demande de promotion
- d'un projet de reconversion professionnelle
- d'une formation diplômante ou qualifiante
- de la prévention d'une inaptitude professionnelle

Organisation prévue :

- Pendant le temps de travail (hors temps devant les élèves pour les enseignants)
- Pendant les congés de l'agent
- Formation en présentiel et/ou à distance (détailler)



3/4

PRESENTATION DU PROJET PROFESSIONNEL
(Il est possible de joindre un courrier complémentaire)

Fait à

NOM Prénom

Le

Signature du demandeur



AVIS DE L'INSPECTEUR DE L'ÉDUCATION NATIONALE

4/4

Fait à

Le

NOM Prénom

Tampon de l'établissement ou du service

Signature

AVIS DU CONSEILLER EN MOBILITÉ CARRIÈRE (facultatif)

Fait à

Le

NOM Prénom

Signature