



www.cdg62.fr/

CENTRE DE GESTION
DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE
DU PAS-DE-CALAIS

Envoyé en préfecture le 04/10/2022

Reçu en préfecture le 04/10/2022

Affiché le

SLOW

ID : 062-286200027-20220927-2022_53-DE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION DU CPF

(Compte personnel de formation)

DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Statut ou grade :

Date d'entrée dans la fonction publique :

VOTRE PROJET D'EVOLUTION / REORIENTATION PROFESSIONNELLE

Vos fonctions actuelles :

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

Type de fonctions, d'activités, de responsabilités visées :

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

Vos motivations :

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

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

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

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Formation pour lutter contre l'illettrisme et la fracture numérique <input type="checkbox"/>	Formations relevant des 3 axes prioritaires : 1 – Prévention de l'inaptitude 2 – VAE 3 – Préparation concours, examens professionnels <input type="checkbox"/>	Formations liées au projet professionnel personnel <input type="checkbox"/>
---	--	--

QUALIFICATION DE L'ACTIVITE

Envoyé en préfecture le 04/10/2022

Reçu en préfecture le 04/10/2022

Affiché le

SLO

ID : 062-286200027-20220927-2022_53-DE

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :

☐ à titre principal

ou

☐ à titre accessoire (sous réserve de la compatibilité avec les fonctions confiées)

MOBILISATION DU CPF AU TITRE DE L'ANNEE 20.....

Solde CPF :

Nombre d'heures totales mobilisées au titre du CPF pour l'année 20.....

- **Sur le temps de travail** :
- **Hors temps de travail** :
- **Dont nombre d'heures au titre de l'anticipation** :

DETAIL DES ACTIONS DEMANDEES

Après s'être assuré de disposer des prérequis nécessaires au suivi de la (ou des) formation(s) sollicitée(s).

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
☐ à distance / e-formation

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 / /

Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF :

Action 2 : Intitulé de la formation (joindre le programme)

Envoyé en préfecture le 04/10/2022
Reçu en préfecture le 04/10/2022
Affiché le 
ID : 062-286200027-20220927-2022_53-DE

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

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

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 /..... /.....

Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF :

Action 3 : 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

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 /..... /.....

Nombre d'heures mobilisées au titre du CPF :

ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Envoyé en préfecture le 04/10/2022

Reçu en préfecture le 04/10/2022

Affiché le

SLO

ID : 062-286200027-20220927-2022_53-DE

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 / /

Signature de l'agent :

à

PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Avis du responsable hiérarchique

Nom : Prénom :

Fonctions :

Date de réception de la demande : / /

Avis : ☐ favorable
☐ défavorable

sur la compatibilité du planning de formation avec les activités de l'agent et la continuité de service

Motivations :

.....

.....

.....

Fait le / /

Signature du responsable hiérarchique :

à

Avis de la commission

Date : / /

☐ La commission émet un avis favorable

☐ La demande de mobilisation du CPF est acceptée dans la totalité

Durée totale en heures :

Montant de la prise en charge total (HT) :

Dont€ (HT) pour les coûts pédagogiques

Dont€ (HT) pour les frais annexes

☐ La demande de mobilisation du CPF est acceptée partiellement ou doit être modifiée (attention dans ce 2nd cas l'agent devra effectuer une nouvelle demande)

Motivation du refus partiel :

.....

.....

.....

Motivation de l'avis :

.....

.....

.....

Décision finale de l'autorité territoriale

Date de réception de la demande : / /

☐ La demande de mobilisation du CPF est accordée

Durée totale en heures :

Dont€ (HT) pour les coûts pédagogiques

Dont€ (HT) pour les frais annexes

☐ La demande de mobilisation du CPF est acceptée partiellement ou doit être modifiée (attention dans ce 2nd cas l'agent devra effectuer une nouvelle demande)

Motivation du refus partiel :

.....

.....

.....

☐ La demande de mobilisation du CPF est refusée

Motivation du refus (obligatoire) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait le / / à

Nom, prénom, fonctions du signataire :

Signature :

Nom :

Prénom :

Fonctions :

Notification à l'agent

Notifié le / /

Signature de l'agent :