

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)

## Collectivité employeur :

### AGENT :

NOM : .....

Prénom : .....

Statut :  fonctionnaire       contractuel

Grade : .....

Date d'entrée dans la fonction publique : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## PROJET D'EVOLUTION PROFESSIONNELLE

### Vos fonctions actuelles :

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

### Type de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées :

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

### Vos motivations :

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

### Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

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

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

## MOBILISATION DU CPF

Nombre d'heures totales mobilisées au titre du CPF pour l'année \_\_\_\_\_ :

- Sur le temps de travail : .....

- Hors temps de travail : .....

Dont nombre d'heures au titre de l'anticipation (cf. convention) : .....

## DETAIL DES ACTIONS DEMANDEES

### 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

• 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Action 2 (si nécessaire) :

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

• 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature de l'agent :

*(\*) Uniquement si la formation est hors catalogue CNFPT*