# ACADEMIE DE CAEN

**Direction des ressources humaines**

**MISE EN ŒUVRE DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION**

**Personnels de l’académie de Caen DOSSIER**

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : ………………………………………… Nom de naissance : ........................................................... Prénom : …………………………………... Date de Naissance : ………………………………………………………… Discipline : ………………………………… Grade : …………………………………………………………………………… Affectation : ……………………………………………………………………………………………………………………………..

# Je souhaite mobiliser mon capital d’heures disponibles au titre du compte personnel de formation (CPF) pour suivre la formation suivante :

Intitulé de la formation :

# ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Nom, adresse et coordonnées téléphoniques de l’organisme de formation :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Dates et durée totale de la formation (en heures) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... Coût de la formation (joindre un devis) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Détail du projet :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A ……………………………………………………………………………………., le …………………………………………………….. Signature de l’agent

# Avis de la commission :

Favorable (sous réserve de l’accord du supérieur hiérarchique) : ☐

Prise en charge financière : Défavorable : ☐

Motif de refus :