

## **Formulaire de demande d'utilisation du compte personnel de formation**

(à adresser au plus tard le **23 février 2024** à votre IEN de circonscription, une copie est transmise concomitamment à la division de l'organisation scolaire et du personnel : [sec.diper@ac-dijon.fr](mailto:sec.diper@ac-dijon.fr))

Nom :

Prénom :

Établissement :

Fonctions actuelles :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

### **Votre projet d'évolution professionnelle**

Votre projet :

Vos motivations, quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :  à titre principal     à titre accessoire

Avez-vous rencontré le conseiller RH de proximité ?  Oui     Non

Si non, souhaitez-vous le rencontrer ?  Oui     Non

### **Mobilisation du CPF**

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

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 :

### Détail de l'action demandée

Si plusieurs actions sont demandées, éditez la page 2 en autant d'exemplaire que nécessaire.

**Actions** - Intitulé de la formation (joindre le programme) :

Type de formation :

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 :

Frais annexes :

Durée totale en heures :

Dates : du                      au

Pièces à fournir :

- Un devis de moins de 3 mois
- Un calendrier de la formation
- Une attestation du capital d'heures CPF sur ***moncompteformation.gouv.fr***

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 :

### Partie réservée à l'administration

Avis **motivé** du supérieur hiérarchique :

Fait le                                      à

Nom et fonction du signataire :

Signature :

### **Décision finale de l'IA-DASEN**

Date de réception de la demande :

Décision :

Demande accordée

Durée totale en heures :

Montant de la prise en charge totale :

- dont € pour les coûts pédagogiques
- dont € pour les frais annexes

Demande refusée

*Motivation du refus*

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nom du signataire

L'inspectrice d'académie,  
Directrice académique des services  
départementaux de l'Éducation nationale  
de la Nièvre,

Pascale NIQUET-PETIPAS