

**Formulaire de demande d'utilisation du  
compte personnel de formation 2022-2023**

***Tous les champs de ce formulaire sont obligatoires.***

NOM :	
PRÉNOM :	
ADRESSE ET VILLE :	
FONCTION ACTUELLE :	
ÉTABLISSEMENT :	
TÉLÉPHONE :	
COURRIEL ( <i>académique</i> ) :	
N° DE SÉCURITE SOCIALE :	
NIVEAU D'ÉTUDES :	<i>(CAP, BEP, licence, ...)</i>
DERNIER DIPLÔME :	<i>(Bac pro, Master, ..., aucun)</i>

**VOTRE PROJET D'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE**

*Décrivez votre projet :*

Indiquez vos motivations :

Indiquez quelles compétences vous souhaitez acquérir à l'issue de votre formation :

Avez-vous rencontré votre conseiller R.H. de proximité pour définir votre projet ?

(Oui/Non)

***Dans la négative, nous vous invitons à le rencontrer dès que possible afin de déterminer aux mieux votre projet professionnel :***

Département	Conseiller	Courriel
Côte-d'Or Nord	Aurélie KOEHRER	rhproximite21nord@ac-dijon.fr
Côte-d'Or Sud	Elisa PEREIRA	rhproximite21sud@ac-dijon.fr
Saône-et-Loire Sud	Clémence BOXBERGER	rhproximite71@ac-dijon.fr
Saône-et-Loire Nord	Gaëlle ARRACHART-FOURIER	rhproximite21-71@ac-dijon.fr
Nièvre	Lawrence GUILLAUME	rhproximite58@ac-dijon.fr
Yonne	Véronique SIMON	rhproximite89@ac-dijon.fr

**MOBILISATION DU CPF**

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

Nombre **total** d'heures que vous souhaitez mobiliser au titre du CPF pour l'année scolaire :

- Sur le temps de travail :
- Hors temps de travail :

Dont le nombre d'heures souhaité, si nécessaire, au titre de l'anticipation :

**DÉTAIL DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE**

*Intitulé de la formation (joindre le programme)*

*Organisme de formation*

*Lieu de la formation (ville)*

Type de formation (certifiante, diplômante, ...) :

Niveau de formation :

Modalités			
Durée totale ( <i>en heures</i> ) :	<input type="text"/>	Dates : du	au <input type="text"/>
En présentiel ( <i>placez un X dans la case</i> ) :	<input type="checkbox"/>	A distance ( <i>placez un X dans la case</i> ) :	<input type="checkbox"/>
Nombre d'heures en présentiel :	<input type="text"/>	Nombre d'heures à distance :	<input type="text"/>
Coût pédagogique ( <i>hors frais d'inscription</i> ) :	<input type="text"/>	Coût horaire :	<input type="text"/>



**PARTIE RESERVEE AU RESPONSABLE HIERARCHIQUE**

Nom du supérieur hiérarchique :

*(Pour les AESH, document à transmettre au DASEN)*

Fonction du supérieur hiérarchique :

Avis du supérieur hiérarchique :

Favorable :

Défavorable :

Motivation en cas de refus :

Fait le : ..... à .....

Signature du supérieur hiérarchique :