



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de la Nièvre

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)

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