

**COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

***DOSSIER DE SAISINE***

|  |
| --- |
| **DROIT A LA FORMATION :****Refus d’une mobilisation du** **Compte Personnel de Formation** |

|  |
| --- |
| **Référence juridique :** *Art. L. 422-11 du CGFP* |

Ce document d’information devra être transmis au CDG06 dûment signé par l’intéressé(e) accompagné des pièces demandées **UNIQUEMENT** par **COURRIEL** à ccp@cdg06.fr

|  |
| --- |
| Pièces à joindre **impérativement** à ce document : * Copie des trois demandes adressées par l’agent sollicitant la mobilisation de son CPF,
* Copie des réponses de l’autorité territoriale aux deux premières demandes de l’agent,
* Tout autre document jugé utile à l’appréciation des membres (ex : compte-rendu d’entretien professionnel de l’année N-1, la fiche de poste, l’organigramme).
 |
| **Votre situation administrative :**  |
| Votre employeur : |
| Nom de famille :  | Nom marital :  |
| Prénom : | Date de naissance : |
| Type de contrat : [ ] CDI [ ]  CDDNature du contrat :Date d’entrée dans la collectivité :Temps de travail : |

|  |
| --- |
| **Historique des contrats :**  |
| Début | Fin | Arrêté | Grade | DHS |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Poste occupé** |
| Date de prise de fonctions :Intitulé et activités principales :*(À ne renseigner qu’en absence de fiche de poste)* |
|  |
| **Formations sollicitées dans le cadre du CPF** |
| **1ère demande de mobilisation du CPF :**Intitulé de la formation : Organisme prestataire : Période(s) de la formation : Durée de la formation :Date de la demande : Date du refus opposé à cette demande : **2ème demande de mobilisation du CPF*:***Intitulé de la formation : Organisme prestataire : Période(s) de la formation : Durée de la formation :Date de la demande : Date du refus opposé à cette demande : **3ème demande de mobilisation du CPF :**Intitulé de la formation : Organisme prestataire : Période (s) de la formation : Durée de la formation :Date de la demande : |
|  |
| **Observations (le cas échéant) :** |
|  |

Fait à .......................................... le.....................

|  |  |
| --- | --- |
| NOM Prénom : |  |
| *Signature :* |  |