

**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](mailto: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  CDD  Nature 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 :* |  |