DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE

NOM – Prénom :

Corps et Grade (ou Emploi fonctionnel) :

Direction / Service :

*(agents affectés en Administration Centrale)*

DR/DD (+ n° du département) : UR/UT (+n° du département) :

*(agents affectés en Services Déconcentrés)*

*Rappel des conditions d’éligibilité au congé professionnel de formation et de sa durée :*

* *Avoir 3 ans de services effectifs dans l’administration*
* *Formuler la demande 120 jours au moins avant le début de la formation*
* *Durée maximale de 3 ans sur l’ensemble de la carrière dont 1 an rémunéré (85% du traitement brut + indemnité résidence)*

**Je**, soussigné(e), **sollicite** du       au        **un congé de formation professionnelle** :

[ ]  à temps plein [ ]  fractionné

Dans le cas d’un congé formation fractionné, indiquez les journées ou demi-journées concernées :

L'organisme de formation est :

La nature de la formation consiste en :

 Fait à      , le       Fait à      , le

Signature de l’agent Signature et avis du chef de service

PJ à fournir :

attestation d'inscription auprès de l'organisme de formation (mentionnant les dates de début et de fin ainsi que le motif)

**ET** programme de formation de l’organisme concerné

Dans le cas où ma demande est acceptée, je m’engage à rester, à l’issue de mon congé formation, au service de l’Etat, pour la durée minimale exigée, conformément au Décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007.

Fait à      , le

Signature de l’agent