**DEMANDE D’UTILISATION DU COMPTE PERSONNEL DE FORMATION (CPF)**

**En cas de validation de la demande, ce document tient lieu de convention   
entre l’agent et le SDIS 63.**

**Cadre réservé à l’administration**

|  |
| --- |
| **Année : Dossier n° :**  **Date de réception : Date de la commission :**  **Envoi de l’accusé réception le :**  **Observations :** |

**Information sur l’agent**

Nom de famille :

Prénom (s) :

Nom d’usage  :

Matricule :

Statut : 󠄀  SPP 󠄀  PATS

Grade :

Pôle /Groupement :

CIS / Service :

Téléphone mobile :

Mail :

Fonction :

Descriptif de vos missions actuelles :

Niveau d’études :

Diplôme le plus élevé (fournir copie) :

**Votre projet d’évolution professionnelle :**

**Dans quel cadre s’inscrit votre projet ?**

Un risque d’inaptitude professionnelle (justifier d’un avis de la médecine de prévention / travail)

Une absence de qualification équivalent au niveau 3 (*uniquement pour les agents de catégorie C*)

Un projet professionnel au sein du SDIS 63 : *(précisez)*:

Un projet professionnel dans l’une des trois fonctions publiques *(précisez)*:

Un projet professionnel hors de la fonction publique :

* Fonctions visées *(précisez)*:
* Type d’activité : *(précisez)*:
* Responsabilités ou promotions visées*(précisez)*:

**Disposez-vous actuellement d’une autorisation de cumul d’activité ?**

* oui  NON
* Si oui, précisez dans quel domaine :

**Un projet s’inscrivant dans le cadre d’un cumul d’activité ne peut pas être pris en considération.**

**Motivations :** *joindre une lettre de motivation*

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir en suivant cette formation ? *(précisez)*:

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :

A titre principal *(précisez)*:

A titre accessoire, *(précisez)*:

* Avez-vous bénéficié d’un conseil en évolution professionnelle ?  **Oui** /  **Non**
* Si non, souhaitez-vous en bénéficier au sein du SIDS ou à défaut par le centre de gestion ?

**Oui** /  **Non**

**Détail des actions demandées**

Intitulé de la formation (joindre le programme\*) :

Type de formations (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels hors CNFPT, VAE) :

* Le suivi de cette formation nécessite-t-il des pré requis ?  oui  non
* Modalités :  **en présentiel**  **à distance / e-formation**
* Nom de l’organisme de formation :
* Lieu de la formation :
* Dates de la formation *(joindre un calendrier de la formation totale)* :
* Durée totale de la formation en heures :
* Coûts pédagogiques (TTC) *(Joindre trois devis au nom du**SDIS du Puy-de-Dôme)* :

Motivation si le devis proposé n’est pas le moins disant ou si moins de trois devis :

**Mobilisation du CPF**

Nombre d’heures acquises au jour de la demande :

(visible sur le site<https://www.moncompteformation.gouv.fr>)

**Demande de mobilisation anticipée :**  oui  non

Nombre d’heures anticipées demandées :

**Récapitulatif :**

Nombre d’heures totales mobilisées au titre du CPF pour l’année en cours :

* sur le temps de travail :
* hors temps de travail :
* dont nombre d’heures au titre de l’anticipation:

Nota : le total des heures ci-dessus doit correspondre à la durée totale de la formation sollicitée.

**Attestation de l’agent**

Je soussigné(e), M – MME ………………………………………………………………………………………….….., certifie l’exactitude des renseignements fournis.

Je m’engage à informer le groupement formation et développement des compétences de toute évolution   
de mon projet.

Je m’engage à avoir pris connaissance et à respecter les dispositions afférentes au compte personnel   
de formation mises en œuvre au sein du SDIS 63.

Fait à ………………………..………………………………., le ………………………………………….

Signature de l’agent :

**Avis du responsable hiérarchique**

|  |
| --- |
| Date de réception de la demande :  Avis motivé :  **Favorable** – motivations :  **Défavorable –** motivations (obligatoire si refus) : *(à préciser le cas échéant dans une note distincte) :* |

Fait à ………………………………………, le …………………………………….

Signature :

**Partie réservée à l’administration**

|  |
| --- |
| **Décision de la commission CPF d’aide à la décision pour avis consultatif :**  **La demande de CPF est accordée :**   * Durée totale en heures sur le temps de travail dont anticipation : * Organisme retenu : * Montant total de la prise en charge (TTC) :   **La demande de CPF doit être modifiée :**   * Motivation :   **La demande de CPF est refusée :**   * Motivation du refus : |
| Fait à …………………………………………, le ………………………………  Le Président du conseil d’administration, |