Le **formulaire** de demande d’utilisation du compte personnel de formation (CPF) doit être accompagné obligatoirement d’une **lettre de motivation** explicitant le projet d’évolution professionnelle et les motifs de demande de formation. Si la formation est hors du plan de formation académique, **deux devis** d’organismes différents doivent également être joints.

La demande est à retourner, par voie hiérarchique impérativement, au service gestionnaire concerné au plus tard :

* **Le 20 octobre 2023 :** pour les formations se déroulant entre janvier et août de l’année 2024,
* **Le 12 avril 2024 :** pour celles démarrant à partir de septembre 2024.

**Les dossiers incomplets ou arrivés hors délais ne seront pas traités.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personnels** | **Service** |
| Agents administratifs, techniques, santé, sociaux et psy-EN, titulaires et contractuels | Division des personnels administratifs et d’encadrement (DPAE) au Rectorat |
| Enseignants du second degré et les CPE titulaires et contractuels | Division du personnel enseignant (DPE) au Rectorat |
| Enseignants du premier degré et les AESH | Division du personnel (DIPER) de la DSDEN du département concerné |
| Enseignants du 1er et second degré du privé, contractuels à titre définitif et provisoire et délégués auxiliaires | Bureau de l’enseignement privé de la division de l’organisation scolaire (DOS 2) au Rectorat |
| AED | Division de la formation au Rectorat |

|  |
| --- |
| **Informations administratives** |
| Nom :  Prénom :  Numéro de sécurité sociale :  Structure d’affectation :  Fonctionnaire - corps et grade :  Contractuel (enseignant, administratif, autre) à préciser :  Quotité de service :  Date d’entrée dans la fonction publique :  Diplôme le plus élevé détenu :  Numéro de téléphone portable :  Bénéficiaire RQTH :  Oui  Non  Si oui, avez-vous sollicité une demande au titre du FIPHFP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique) pour la même action de formation ?  Oui  Non |

|  |
| --- |
| **Votre projet d’évolution professionnelle** |
| **Vos fonctions actuelles :**    **Type de fonctions, d’activités, de responsabilités ou promotion visées :**        **Vos motivations :**   Accession à de nouvelles responsabilités   Mobilité professionnelle comportant un changement de domaine de compétences   Reconversion professionnelle   Autres (précisez) :  ***Précisez vos motivations dans le cadre d’une lettre de motivation détaillée***  **Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?**   Acquisition socle de compétences fondamentales (français, calcul - certificat CléA etc.) pour les agents peu ou pas qualifiés   Anticipation de l’inaptitude physique à venir. Un abondement de droits supplémentaires est possible en ce cas, sur attestation médicale précisant que l’état de santé de l’agent, compte tenu de ses conditions de travail, l’expose à un risque d’inaptitude à venir. L’agent prendra contact avec le médecin des personnels.   Préparation aux concours et examens professionnels de la fonction publique (en plus des 5 jours accordés), VAE, bilans de compétences   Autre projet d’évolution professionnelle (précisez) :          **Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :**   A titre principal  A titre accessoire  **Avez-vous bénéficié d’un rendez-vous avec une conseillère RH de proximité ?**   Oui  Non  Coordonnées des conseillères RH de proximité :   * Pour la Corrèze : Stéphanie SIMBERT, [crh19@ac-limoges.fr](mailto:crh19@ac-limoges.fr) * Pour la Creuse : Jessica PATERNE, [crh23@ac-limoges.fr](mailto:crh23@ac-limoges.fr) * Pour la Haute-Vienne: Frédérique LUNEAU, [crh87-a@ac-limoges.fr](mailto:crh87-a@ac-limoges.fr) et Marlène MILORD, [crh87-b@ac-limoges.fr](mailto:crh87-b@ac-limoges.fr) (cf tableur de répartition des établissements scolaires du 1er et 2d degré du territoire sur la Haute-Vienne) |

|  |
| --- |
| **Détail des actions demandées** |
| **Intitulé de la formation** **(*joindre le programme***) :      **Type de formation** (y compris bilan de compétences, préparation aux concours/examens professionnels, VAE, etc.) :    **Modalités :**  en présentiel  à distance/e-formation  **Le suivi de cette action nécessite-t-il des prérequis ?**  Oui  Non  Si oui lesquels :  **Nom et adresse de l’organisme de formation** :    **Lieu de la formation** (si différent de l’adresse de l’organisme de formation) :  **Coûts pédagogiques** (HT et/ou TTC) :  **(*Joindre au moins deux devis de 2 organismes différents pour les coûts pédagogiques*** *si la formation est hors du plan de formation académique****)***  **Durée totale en heures :**  **Dates :** du ……..../……..../…….... au ………./………./……….  **Mobilisation du CPF**  Nombre d’heures acquises au titre du CPF :  Nombre d’heures totales mobilisées au titre du CPF :  Sur le temps de travail : Hors temps de travail :  Dont nombre d’heures au titre de l’anticipation :  (les agents peuvent demander, sous conditions, l’utilisation anticipée de leurs droits à venir)  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** |
| **Le responsable hiérarchique** :  Date de réception de la demande : ………./………./……….  **Avis :**  **Favorable**  **Défavorable**  **Motivations** (obligatoire si refus) : *(à préciser le cas échéant dans une note distincte)*        Fait le ………./………./………. à :  **Nom, Prénom, qualité du signataire :**  **Signature :**  **La commission académique :**  Date de la commission : ………./………./……….  **Avis :**  **Favorable**  **Défavorable**  **Motivations** (obligatoire si refus) : *(à préciser le cas échéant dans une note distincte)*        **Décision finale du recteur** :  Date de réception de la demande : ………./………./……….   **La demande de CPF est refusée**  Motivation du refus :     **La demande de CPF est accordée** :  Durée totale en heures :  Montant de la prise en charge totale : ………………………………………………..€ pour les coûts pédagogiques  Fait le ………./………./………. à :  **Nom, prénom et qualité du signataire :**  **Signature :** |