



## Demande de congé de formation professionnelle au titre de l'année 2018-2019

Personnels titulaires : Décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007

Personnels non titulaires : Décret n°2007-1942 du 26 décembre 2007

Demander

---

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Statut :  titulaire  non titulaire .....Catégorie :  A  B  C

Si titulaire, précisez le corps / grade / échelon (au 31 août de l'année en cours) :

.....

Quotité travaillée :  temps complet  temps partiel (% travaillé : .....

Si non titulaire, précisez :  CDI  CDD (date de fin de contrat : .....

Spécialité (BAP ou domaine d'enseignement / CNU) : .....

Fonction précise .....

Structure d'affectation : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Niveau d'étude : .....

Dernier diplôme obtenu et année d'obtention : .....

.....

Ancienneté dans la fonction publique : .....

Ancienneté au sein de l'UM : .....

Avez-vous l'intention de demander une mutation cette année ?  oui  non

Demandes antérieures

---

Avez-vous déjà demandé un congé de formation professionnelle ?  oui  non

Si oui, en quelle(s) année(s) : .....

Réponse(s) obtenue(s) : .....



Projet de formation

---

Je demande à bénéficier d'un congé de formation professionnelle pour suivre la formation suivante :

Intitulé exact de la formation : .....

Organisme de formation : .....

Adresse de l'organisme : .....

Lieu de la formation : .....

Date de début : ..... Date de fin : .....

Volume horaire total de la formation : .....

Formation à :  temps plein  autre, précisez : .....

Durée du congé de formation que vous sollicitez : .....

La formation conduit-elle à la délivrance d'un diplôme ou partie de diplôme ? Si oui, lequel ?

Compétences / connaissances que vous souhaitez acquérir à travers cette formation :

Pièces à joindre à la demande :

- **Programme détaillé et calendrier de la formation** fournis par l'organisme de formation
- **Lettre de motivation** argumentant votre demande et explicitant votre projet professionnel



**Avis et visa du Directeur de la composante / Responsable administratif / Directeur /  
Chef de service**

---

Nom et prénom : .....

Avis :  Favorable  Défavorable

Commentaires :

.....  
.....  
.....

Date et signature :

**Avis et visa du Directeur de l'unité de recherche pour les enseignants-chercheurs, le  
cas échéant (à remplir selon les principes d'organisation propres à l'UFR, Ecole ou Institut)**

---

Nom et prénom : .....

Avis :  Favorable  Défavorable

Commentaires :

.....  
.....  
.....

Date et signature :

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions des décrets cités en référence, notamment :

- des conditions financières et de la durée maximale du versement de l'indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois),
- de l'obligation de fournir, à la fin de chaque mois, une attestation prouvant la présence effective en formation au cours du mois écoulé (condition du versement de l'indemnité),
- de l'engagement à rester au service de l'Etat à l'expiration de ce congé, pendant une période d'une durée égale au triple de celle pendant laquelle l'indemnité mensuelle forfaitaire aura été versée, et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de rupture de cet engagement,
- de l'obligation, en cas d'interruption de la formation sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

Date :

Signature de l'agent :

**A RETOURNER AVANT LE 1er juin 2018**

A la Direction des Ressources Humaines  
Service recrutement, formation et accompagnement - CC440  
Contact : Karima Sultana ☎ : 04 67 14 99 31 / drh-formation-personnels@umontpellier.fr

**TOUT DOSSIER TRANSMIS INCOMPLET OU HORS DELAIS NE SERA PAS EXAMINÉ**