

ETAT CIVIL

| | | | |
|---|---|---|--|
| NOM PATRONYMIQUE : | | NOM MARITAL : | |
| PRENOM : | Date de naissance : / / | Nombre d'enfants à charge: | |
| <u>SITUATION FAMILIALE</u> | | | |
| Célibataire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> | Marié : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | PACSé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date du PACS : / / | |

SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

| | |
|---|--|
| Affectation actuelle : | |
| Date de l'affectation actuelle : / / | Fonctions actuelles : (à préciser) |
| Corps / Grade : | Date de titularisation dans le corps actuel: / / |
| Fonctions particulières : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Poste en ZUS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

MUTATIONS PRIORITAIRES

| | |
|---|--|
| Rapprochement de conjoint : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, date de séparation : / / |
| Rapprochement de PACS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, date de séparation : / / |
| Travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

MUTATIONS POUR SITUATIONS PARTICULIERES

| | |
|--|--|
| Rapprochement de concubin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, date de séparation : / / |
| Rapprochement familial (enfant, ascendant) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Convenances personnelles : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Raisons de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rapport social : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Demande liée à celle de (Nom, Prénom, Corps / grade) :

Profession :

Positions administratives particulières : Date de réintégration souhaitée :

Disponibilité : du au

Congé parental : du au

Congé longue durée du au

Détachement : depuis le :

POSTES SOLLICITES

| CHOIX | REF | PV / PSDV | DISP | ETABLISSEMENT / SERVICE | INTITULE DU POSTE |
|-------|-----|-----------|------|-------------------------|-------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |

Observations de l'agent :

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des indications contenues dans la note de lancement jointe à la demande de mutation et que les renseignements donnés ci-dessus me concernant sont exacts.

Fait à Le Signature de l'agent:

ACCUSE DE RECEPTION

Je soussigné(e) certifie avoir reçu le la présente demande de mutation.

Fait à Le Cachet et signature de l'administration :

AVIS MOTIVE SUR LA DEMANDE DE MUTATION

Partie réservée à l'administration (Valant également certification de l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche)

Avis motivé du supérieur hiérarchique:

Favorable Défavorable

Commentaire :

Date:

Signature :

Avis motivé du chef d'établissement:

Favorable Défavorable

Commentaire :

Date:

Signature :

Avis motivé du Directeur Interrégional :

Favorable Défavorable

Commentaire :

Ce mouvement nécessite-t-il le remplacement de l'agent

Oui Non

Poste redéployé :

Oui Non

Date de départ de l'agent si départ différé:

Date:

Signature :