

PM 104 - DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION AU TITRE DU CYCLE DE MOBILITÉ N°

20__/__

CANDIDAT

NOM Prénom : _____

N° sécurité sociale : _____

Macro grade : A B C Administration d'origine : _____

Corps : _____ Grade : _____

Service actuel / structure : _____ Depuis le : _____

Fonctions actuelles : _____ Depuis le : _____

Affectation(s) demandée(s) par ordre de priorité :

Choix	Identifiant	Service / Structure	Libellé du poste
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Remplir un formulaire complémentaire si vous demandez plus de 5 affectations Formulaire n° __ / __

Commentaire : _____

Motif particulier :

<input type="checkbox"/> Réintégration	<input type="checkbox"/> Droit d'option	<input type="checkbox"/> Rapprochement (conjoint, concubin, PACS) (1)
<input type="checkbox"/> Raison familiale	<input type="checkbox"/> Raison médicale (2)	<input type="checkbox"/> Demande conjointe
Date : _____ Signature : _____		Nom du conjoint : _____ Son affectation actuelle : _____

AVIS DU DIRECTEUR DU SERVICE D'ORIGINE ⁽³⁾ :

Favorable Défavorable

Motif :

Date : _____
Signature : _____

AVIS DU DIRECTEUR ⁽³⁾ POUR POSTE DEMANDÉ EN N° : _____ OU IDENTIFIANT DU POSTE _____

Favorable, N° classement du candidat : _____ Défavorable

Motif / autre avis si défavorable, réservé ou non classé :

Date : _____
Signature : _____

(1) Remplir le formulaire correspondant (2) Fournir obligatoirement un certificat médical (3) Ou du chef de service (mutation interne)