

DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION – PM 104

N° matricule

AU TITRE DE LA LISTE DES POSTES VACANTS N° .. / ... DU : .. / .. / ..

NOM, Prénom :

Nom de jeune fille :

N° sécurité sociale :

Grade :

Service actuel / structure :

Depuis le :

Fonctions actuelles :

Depuis le :

Adresse personnelles :

Affectation(s) demandée(s) :

Table with 4 columns: Choix, Code poste, Service / Structure, Libellé du poste (préciser la résidence administrative). Rows 1-5.

Commentaire :

Motif particulier :

Form with checkboxes for Réintégration, Raison familiale, Droit d'option, Raison médicale (2), Rapprochement (conjoint, concubin, PACS) (1), Demande conjointe.

Date :

Signature :

Nom conjoint :

Son affectation actuelle :

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

[] favorable

[] défavorable

Motif :

Date :

.. / .. / ..

Signature :

AVIS DU DIRECTEUR (3) POUR POSTE DEMANDE EN N° :

[] favorable, N° classement candidat :

[] défavorable

Motif :

Date :

.. / .. / ..

Signature :

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