**PERSONNELS ATSS ET ENCADREMENT**

|  |
| --- |
| **DEMANDE DE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE**  **Année scolaire 20 ……../20……..**  *À retourner par la voie hiérarchique*  *à la DPATE* |

**Rectorat**

Bureau ATSS et personnels d’encadrement

Je soussigné (e),…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Corps :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Grade :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Echelle de rémunération :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Etablissement d’exercice :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Demande le bénéfice d’un congé au titre du décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007, pour suivre la formation suivante :

Désignation :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

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

Organisme responsable :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

J’ai déjà bénéficié d’un congé de formation € du…………………………………….au…………………………………..

Je n’ai jamais bénéficié d’un congé de formation €

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

J’ai déjà demandé un congé de formation € Préciser les années :

Dans l’hypothèse où ma demande sera agréée, je m’engage 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 ou forfaitaire m’aura été versée et à rembourser le montant de cette indemnité en cas de non-respect de cet engagement.

Je m’engage également, en cas d’interruption de ma formation, sans motif valable, à rembourser les indemnités perçues depuis le jour où cette formation est interrompue.

Je déclare avoir pris connaissance des dispositions de la note de service du 28 avril 1989 (BO n°20 du 18 mai 1989) en ce qui concerne :

* les obligations incombant aux fonctionnaires placés en congé de formation ;
* la durée maximale du versement de l’indemnité mensuelle forfaitaire (12 mois).

Adresse pendant le congé :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

À……………………………………………………………………, le ………../…………/………….

Signature précédée de la mention manuscrite « *Lu et approuvé* »