**Handi-Pacte Occitanie – KIT PPR**

Axe 3 : Conventions, annexes et avenants

Période de formation

*Merci de compléter les éléments et de retourner le document à ….. avant le démarrage de la formation.*

STAGIAIRE

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

ORGANISME DE FORMATION

Raison sociale :

Siret :

Adresse

Code postal Ville

ITINERAIRE DE FORMATION

**Code session (le cas échéant) :**

**Intitulé de la formation :**

**□ Formation destinée à mettre en œuvre un projet d’évolution professionnelle dans le cadre du CPF**

**□ Formation de perfectionnement**

Article 5 du décret 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale.

**□ Congé pour bilan de compétences**

Articles 18 à 26 du décret 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale.

**□ Congé pour validation des acquis de l’expérience**

Articles 27 à 33 du décret 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale.

**□ Formation de professionnalisation tout au long de la carrière**

Article 14 du décret 2008-512 du 29 mai 2008 relatif à la formation statutaire obligatoire des fonctionnaires territoriaux.

DUREE

**Date de début de la formation Date de fin de la formation**

**DURÉE** …………. (en jours)

CONTENU DE LA FORMATION

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ACCORD DES PARTIES

**Le fonctionnaire**

Nom, Prénom :

Signature

**L’employeur d’origine**

Nom, Prénom :

Qualité :

Signature