

FICHE DE VOEUX

ÉTAT-CIVIL

NOM PATRONYMIQUE :		NOM MARITAL :	
PRÉNOM :	Date de naissance :/...../.....	Nombre d'enfants à charge fiscale :	
SITUATION FAMILIALE			
Célibataire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	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 (Voir annexe pour pièces à fournir)

Rapprochement de conjoint : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui : date de séparation :/...../.....
Rapprochement PACS : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui : date de séparation :/...../.....
Travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
CIMM : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

MUTATIONS POUR SITUATIONS PARTICULIÈRES

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 COMPLÉMENTAIRES

Demande liée à celle de (nom/prénom/corps/grade) :	
Profession :	
Positions adm. particulières :	Date de réintégration souhaitée :
<input type="checkbox"/> Disponibilité : du au	
<input type="checkbox"/> Congé parental : du au	
<input type="checkbox"/> Congé longue durée : du au	
<input type="checkbox"/> Détachement : depuis le	

POSTES SOLLICITÉS

CHOIX	RÉF.	DIRECTION	PV PSDV	SOUS-DIRECTION / DR ou CA	BUREAU /SECTION / UNITÉ / JURIDICTION	INTITULÉ DU POSTE
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Observations de l'agent :

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des indications contenues dans la circulaire jointe à la demande de mutation et que les renseignements donnés ci-dessus me concernant sont exacts.	
Fait à le	Signature de l'agent :
ACCUSÉ DE RECÉPTION	
Je soussigné(e) certifie avoir reçu le la présente demande de mutation.	
Fait à le	Cachet et Signature de l'administration :

AVIS MOTIVÉ SUR LA DEMANDE DE MUTATION

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

**Cotation applicable aux secrétaires administratifs,
adjoints administratifs et adjoints technique (hors DAP)
(à titre d'information)**

Critères retenu	Barème applicable
Rapprochement de conjoints, PACS	Article 60 de la loi du 11 janvier 1984
Agents reconnus travailleurs handicapés	Article 60 de la loi du 11 janvier 1984
CIMM (centre d'intérêts matériels et moraux)	Article 60 de la loi du 11 janvier 1984
Rapprochement de concubins	1 point par trimestre complet de séparation au jour de la CAP
Ancienneté dans l'affectation (les points se cumulent)	2 ans = 2 points 3 ans = 10 points 4 ans = 15 points 5 ans = 20 points 1 point par année supplémentaire
Nombre d'enfants à charge fiscale	1 point par enfant à charge fiscale (- de 18 ans, de 18 à 20 ans si étudiant, sans limite d'âge pour les enfants handicapés)

Le fait de remplir la présente demande engage le signataire à accepter le poste qui lui sera attribué à l'issue de la CAP. La jurisprudence du Conseil d'Etat assimile le REFUS DE MUTATION à un ABANDON DE POSTE. La réponse à ce questionnaire est obligatoire si vous souhaitez que votre demande de mutation soit instruite. Les données collectées font l'objet d'un traitement informatique.