

## FICHE DE CANDIDATURES POUR LA MOBILITE

## ÉTAT-CIVIL

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| NOM PATRONYMIQUE :  |   | NOM MARITAL :   |  |
| PRÉNOM :  | Date de naissance : ...../...../.....                           | Nombre d'enfants à charge fiscale : .....   |  |
| <b>SITUATION FAMILIALE</b>  |   |   |  |
| 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<br>Date du PACS : .../.../..... |  |

## SITUATION ADMINISTRATIVE ACTUELLE

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Ministère d'appartenance  | Ministère de la justice <input type="checkbox"/>                         | Autres ministères/structures : <input type="checkbox"/> .....   |  |
| Fonctions actuelles (à préciser) :  |  |   |  |
| Date de l'affectation actuelle : ...../...../.....                                  | 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 |   |  |

## CRITERES PRIORITAIRES DE MUTATION (Voir annexe 5 pour pièces à fournir)

|  |   |
|--|---|
| Rapprochement de conjoint (marié ou pacsé) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Centres d'intérêts matériels et moraux (CIMM) dans les départements d'outre-mer : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, date de séparation : ...../...../.....   |   |
| Travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                      | Emploi supprimé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |

## CRITERES SUBSIDIAIRES DE MUTATION (Voir annexe 5 pour pièces à fournir)

|   |  |
|---|--|
| Rapprochement du lieu de résidence de l'enfant dont le parent séparé n'a pas la garde : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Qualité de proche aidant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, date de séparation : ...../...../.....  | Si oui, lieu de résidence du proche aidant : .....                                   |
| Rapport social : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |  |

## AUTRES SITUATIONS PARTICULIÈRES

|  |  |
|--|--|
| Rapprochement de concubin : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                  | Raisons de santé : <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 |

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

|   |  |
|---|--|
| Demande liée à celle de (nom/prénom/corps/grade) : .....        |  |
| Profession : .....  |  |
| Positions administratives 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 sortant : depuis le ..... |
| Date d'entrée dans la filière socio-éducative : .....           |  |

## POSTES SOLLICITÉS

| CHOIX | RÉF. | DIRECTION | PV PSDV | SOUS-DIRECTION / DR / 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 RECEPTION

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)

ADMINISTRATION CENTRALE

SERVICE DÉCONCENTRÉ

Avis motivé du N+1

Date : .....

Signature : .....

Avis motivé du N+1

Date : .....

Signature : .....

Avis motivé du N+2

Date : .....

Signature : .....

Avis motivé du N+2

Date : .....

Signature : .....