

**Demande de mobilité**

**Formulaire interministériel sur le périmètre de l’administration territoriale de l’Etat**

***A adresser au service RH d’origine par voie hiérarchique + service RH d’accueil + personnes listées dans l’offre d’emploi***

|  |
| --- |
| **Situation personnelle** |
| **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom patronymique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adresse personnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Email professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone pro : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Email personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Numéro de Sécurité sociale (NIR) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Situation administrative** |
| **Statut : ⬜ Fonctionnaire ⬜ Contractuel (CDI ⬜ / CDD ⬜ / TH⬜ )**  **Position administrative : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Corps / Grade ou niveau de contrat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de matricule :** *(si connu)***\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Service d’affectation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adresse du service d’affectation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Adresse email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Contact Rh du service d’affectation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Pour les candidats externes (obligatoire****)* ***:*** *fournir : CV, état des services signé par l'administration d'origine, dernier arrêté de position administrative et dernier arrêté d'avancement d'échelon.* |

|  |
| --- |
| **Choix des vœux** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Référence de l’offre d’emploi sur le site « Choisir le Service Public »** | **Titre de l’offre d’emploi sur le site « Choisir le Service Public »**  *(Préciser l’administration d’accueil si non MTE)* | |
| **1** |  |  | |
| **2** |  |  | |
| **3** |  |  | |
| **4** |  |  | |
| **5** |  |  | |
| **6** |  |  | |
| **Demande d’affectation prioritaire** | | |
| **Demande concernant une supra priorité légale d’affectation (art. L442-5 CGFP)**  ☐ Restructuration de service  **Demande concernant une priorité légale d’affectation (art. L512-19 CGFP)**  ☐ Rapprochement de conjoint ou titulaire de PACS  ☐ Personne en situation de handicap relevant de l'article L. 131-8 CGFP  ☐ Affectation en quartier urbain sensible  ☐ Centre des intérêts matériels et moraux en Outre-Mer  ☐ Emploi supprimé sans possibilité de réaffectation dans son service  **Demande concernant une priorité subsidiaire d’affectation (LDG applicables au service d’accueil)**  *(Priorités subsidiaires des LDG du MTE : 3 ans d'affectation en territoire Outre-mer, fin de décharge syndicale).*  **Demande concernant une situation individuelle particulière (cf. annexe)**  *(Réintégration, concrétisation de promotion, demande conjointe en précisant le nom du/de la conjoint(e), motif familial/ social/ médical).*  **Justification de la situation personnelle[[1]](#footnote-1) :** | | |

***Date et signature du candidat :***

|  |
| --- |
| **Avis de l’autorité hiérarchique** |
| ☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable  *- Pour les externes au MTE, BOP de rémunération : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *- Pour les internes au MTE, matricule RenoiRH de l’agent : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  **Motivation de l’avis (obligatoire en cas d’avis défavorable)**  Fait le Signature |

|  |
| --- |
| **Avis de l’autorité d’accueil** |
| ☐ Avis favorable ☐ Avis défavorable ***Si avis favorable, classement obligatoire : ..../....***  **Motivation de l’avis (obligatoire en cas d’avis défavorable) :**  Fait le Signature |

1. La situation sociale et familiale de l’agent, conjoint ou enfant en situation de handicap, situation de proche aidant, rapprochement avec le détenteur de l’autorité parentale conjointe dans l’intérêt de l’enfant, situation de parent isolé, situation des parents âgés…) dans ces situations, le présent formulaire doit être complété des pièces justificatives utiles (ex : pour des motifs sociaux et médicaux : les certificats médicaux y compris les avis éventuels d’un médecin de prévention ainsi que les rapports d’une assistante sociale ; pour les aidants familiaux le certificat médical précisant la situation d’aidant familial) [↑](#footnote-ref-1)