Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET SOLIDAIRE

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES ET DES RELATIONS AVEC LES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Secrétariat général / Direction des Ressources humaines

PM 104 - DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION AU TITRE DU CYCLE DE MOBILITÉ N° 20 /

ADMINISTRATION

Matricule ReHuCit :

BOP qui rémunère l'agent :

CANDIDAT :

Nom Prénom :

N° sécurité sociale :

Macro grade : ☐ A ☐ B ☐ C Administration d'origine :

Corps : Grade :

Service actuel / structure : Depuis le :

Fonctions actuelles : Depuis le :

Affectation(s) demandée(s) par ordre de priorité (y compris demandes hors MTES/MCT) :

Choix N°	N° Mobilité	Service/Structure	Libellé du poste

Remplir un formulaire complémentaire si vous demandez plus de 5 affectations Formulaire n° /

Commentaire :

Motif Article 62 bis - Loi 11/01/1984 : ☐ Restructuration de service (2)

Motif Article 60 - Loi 11/01/1984 :

☐ Rapprochement (conjoint, PACS) (1) ☐ Suppression de poste (2)

☐ CIMM Outre-Mer (3) ☐ Handicap (3)

☐ Fonctions exercées dans un quartier urbain « difficile » (3)

Date : Signature :

Autre motif :

☐ Raison familiale ☐ Concrétisation d'une promotion

☐ Raison médicale (4) ☐ Demande conjointe

☐ Réintégration Nom du conjoint :

AVIS DU DIRECTEUR DU SERVICE D'ORIGINE ☐ Favorable ☐ Défavorable (avis à motiver)

Motif :

Date : Signature :

Poste classé en : **ou N° de Mobilité**

AVIS DU DIRECTEUR DU SERVICE D'ACCUEIL ☐ Favorable ☐ Défavorable (avis à motiver)

Ordre de classement du candidat :

Motif :

☐ Non classé car poste non vacant

Date : Signature :

(1) Remplir le formulaire correspondant (2) Confirmation à fournir par le service d'origine (3) Fournir les pièces justificatives (4) Fournir obligatoirement un certificat médical