



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Demande de mobilité
au sein des services de l'administration territoriale de l'Etat**

Demande de mutation ou de prise en charge

N° de l'offre sur Choisir le Service Public : _____ et/ou N° interne ministériel (RenoRH, AGHORA, MOB MI, Passerelles) : _____

La demande est à adresser :

- au service RH de la structure de départ, par la voie hiérarchique
- au service RH de la structure d'accueil et aux personnes indiquées dans l'offre d'emploi (avec CV et lettre de motivation)

Situation personnelle

Nom : _____ Nom patronymique : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____ N° de l'agent : _____

Adresse email professionnelle: _____

Téléphone : _____

Situation administrative

Statut : Fonctionnaire Contractuel

Position administrative : _____

Corps et Grade ou niveau de contrat : _____

Employeur : _____ Service d'affectation : _____

Adresse du service d'affectation : _____

Adresse email : _____ Téléphone : _____

Contact Rh du service d'affectation : _____

Ordre des vœux

N°	Référence de l'offre d'emploi sur « Choisir le Service Public » ou N° interne ministériel : RenoIRH, AGHORA, MOB MI, Passerelles.	Recruteur : intitulé de la structure	Titre de l'offre d'emploi sur le site « Choisir le Service Public »
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Demande d'affectation prioritaire**Demande concernant une supra priorité légale d'affectation (art. L. 442-5 du CGFP)**

Restructuration de service

Demande concernant une priorité légale d'affectation (art. L. 512-19 du CGFP)

- Rapprochement de conjoint ou titulaire de PACS
- Bénéficiaire d'une RQTH
- 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**Demande concernant une situation individuelle particulière¹****Justification de la situation personnelle :**

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)

Avis de l'autorité hiérarchique

Avis favorable Avis défavorable

Motivation de l'avis (en cas d'avis défavorable)

Fait le Signature

Avis de l'autorité d'accueil

Avis favorable Avis défavorable

Motivation de l'avis (en cas d'avis défavorable)

Fait le Signature

Les informations personnelles recueillies dans le cadre de ce cadre font l'objet d'un traitement informatique par l'administration sur le fondement de l'article 6. (1) e du Règlement général sur la protection des données (RGPD). L'utilisateur peut, en cas de difficultés, contacter le délégué à la protection des données du Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques : le-delegue-a-la-protection-des-donnees-personnelles@finances.gouv.fr