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