

PAR LA PRÉSENTE, L'AGENT ET L'AUTORITÉ TERRITORIALE CONFIRMENT LEUR ACCORD SUR LE CHOIX ET LES MODALITES DE L'ACTION DE FORMATION AINSI QUE POUR LE SUIVI DE LA TOTALITE DES ENSEIGNEMENTS DU CYCLE.

Stagiaire <i>Date et signature :</i>	Responsable hiérarchique <i>Nom, prénom :</i> <i>Date et signature :</i>	Autorité territoriale <i>Nom de la collectivité :</i> <i>Nom, prénom du signataire :</i> <i>Qualité du signataire :</i> <i>Date :</i> <i>Signature et cachet de la collectivité :</i>
--	---	---

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement informatique qui a été régulièrement déclaré conformément à la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Elles sont utilisées exclusivement par le CNFPT pour assurer le suivi de votre demande d'inscription à un stage, et vous informer le cas échéant sur des actions de formation susceptibles de vous intéresser. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification et de retrait des données qui vous concernent, en adressant votre demande à votre délégation régionale.