Délégation Corse
Delegazione di Corsica

BULLETIN D'INSCRIPTION AU CNFPT

pour les agents d'État et hospitaliers de la fonction publique en Corse

À renvoyer **via votre service formation** au CNFPT à :
christelle.loupiac@cnfpt.fr

IDENTIFICATION DE L'ACTION DE FORMATION (formation de perfectionnement)

Intitulé : _____

Du __/__/____ Au __/__/____ Lieu _____

Code : _____ _____

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Mme ❒ M. ❒ Date de naissance : __/__/____

Nom usuel : _____ Lieu de naissance : _____

Nom de naissance : _____ Code postal naissance : _____

Prénom : _____ Pays (si né(é) à l'étranger): _____

Adresse personnelle : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. personnel : _____ Tél. professionnel : _____

Tél. portable : _____ Courriel : _____

SITUATION STATUTAIRE

☐ Agent de l'État ☐ Agent hospitalier ☐ Autre, précisez : _____

Catégorie statutaire ☐ A ☐ B ☐ C

Service : _____

Fonction : _____

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE FORMATION

Nom et prénom : _____

Tél. professionnel : _____ Courriel : _____

Le ou la stagiaire, *pour inscription.*	**Le chef de service,** *pour accord.*	**Le responsable formation,** *après avoir pris connaissance des conditions d'inscription, le présent document valant autorisation de déplacement*
Date et signature	Date et signature	Date, signature et cachet

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 une formation, et vous informer le cas échéant sur des formations 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 : corse.communication@cnfpt.fr