

 **FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION**

 **PAF ATSS et encadrement 2016-2017**

Nom :

Prénom :

Grade :

Date de naissance :

Numéro Insee (de sécurité sociale) :

Nom et adresse de l’établissement d’affectation et du service :

Numéro RNE de l’établissement d’affectation :

**Formations sollicitées par ordre de priorité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro du dispositif | Numéro du module | Intitulé du module | Avis du responsable |
| *Exemple : 16A0220248* | *28903* | *Archivage : réglementation et techniques* | *Favorable/~~défavorabl~~e* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Visa du chef d’établissement employeur :