

PM 104 - DEMANDE DE CHANGEMENT D'AFFECTATION AU TITRE DU CYCLE DE MOBILITÉ N° 20 /

**CANDIDAT**

**ADMINISTRATION**

NOM Prénom :

Matricule ReHuCit :

N° sécurité sociale :

BOP :

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 MEDDE/MLETR) :

Choix	Identifiant	Service / Structure	Libellé du poste

Remplir un formulaire complémentaire si vous demandez plus de 5 affectations Formulaire n° \_\_\_ / \_\_\_

**Commentaire :**

**Motif particulier :**

<input type="checkbox"/> Réintégration	<input type="checkbox"/> Suppression de poste(3)	<input type="checkbox"/> Rapprochement (conjoint, concubin, PACS) (1)
<input type="checkbox"/> Raison familiale	<input type="checkbox"/> Raison médicale (2)	<input type="checkbox"/> Demande conjointe
Date :	Signature :	Nom du conjoint :
		Son affectation actuelle :

**AVIS DU DIRECTEUR DU SERVICE D'ORIGINE :**

Favorable  Défavorable

**Motif :**

Date :  
Signature :

**AVIS DU DIRECTEUR POUR POSTE DEMANDÉ EN N° : OU IDENTIFIANT DU POSTE**

Favorable, N° classement du candidat :  Défavorable

**Motif / autre avis si défavorable, réservé ou non classé :**

Date :  
Signature :

(1) Remplir le formulaire correspondant (2) Fournir obligatoirement un certificat médical (3) Confirmation à fournir par le service d'origine

