

Annexe 1 : Fiche de mutation

Fiche de mutation n°75T - Campagne de mutation 2015-

1 - INFORMATIONS AGENT Nom patronymique : Prénom : Date de naissance : Dépt. de naissance : Profession du conjoint, concubin ou pacs é : Adresse Numéro : Code Postal :		N° DGFIP : Nom marital (ou usuel) : Situation familiale : Nombre d'enfants à charge : Voie ou rue : Complément d'adresse : Commune du domicile :	
2 - INFORMATIONS CARRIERE Grade : Résidence administrative :			
3 - PRIORITES DEMANDEES : Je demande le bénéfice des priorités suivantes :			
a Priorité pour rapprochement de conjoint <input type="checkbox"/> de concubin <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> familial <input type="checkbox"/> Informatique (A, B,C) <input type="checkbox"/>			
Nom et prénom du conjoint, concubin, pacsé ou soutien de famille : Commune d'exercice de la profession du conjoint, concubin ou pacsé : Code postal :			
Externe <input type="checkbox"/>		Au département de :	
y compris sur EDR <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
Avec examen <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
Interne <input type="checkbox"/> (pour les agents déjà dans le département)		A la résidence de :	
Du lieu de travail du conjoint, concubin, pacsé <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
du domicile <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
b. Priorité suite à réorganisation administrative / droit à maintien sur un poste ou retour à l'ancienne résidence			
1) Priorité sur le poste <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
2) Priorité sur le dernier emploi vacant <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
3) Garantie de maintien à la résidence <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
c. Priorité pour agent handicapé <input type="checkbox"/>		Au département de :	
d. Priorité pour soins à enfant atteint d'une invalidité <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
e. Priorité pour originaire D.O.M <input type="checkbox"/>		A la résidence de :	
4 - QUALIFICATION Nature : Date de prise de fonction dans cette qualification :		5 - EN CAS DE POSITION EN COURS Date de réintégration souhaitée :	
6 - SITUATION D'INCOMPATIBILITE (cat A et B) Motif d'incompatibilité : <input type="checkbox"/> Je demande à bénéficier de la dispense prévue <input type="checkbox"/> Fonctions électives <input type="checkbox"/>		7 - DEMANDE LIEE AVEC Nom : Prénom : Grade : N° DGFIP :	
8 - MOUVEMENTS Je souhaite l'examen de ma demande : 1) au mouvement général et au mouvement complémentaire du 1/03/N+1 <input type="checkbox"/> 2) au mouvement général exclusivement <input type="checkbox"/> 3) au mouvement complémentaire du 1/03/ N+1 exclusivement <input type="checkbox"/>		9 - DEMANDE CONSERVATOIRE <input type="checkbox"/>	
Nombre d'intercalaires : Nombre de vœux sollicités : A , le signature de l'agent :		10 - Avis, date et signature du directeur <input type="checkbox"/>	

