

ANNEXE 3- FICHE DE MUTATION
Fiche de mutation n° 75T- Campagne de mutation 2016-

1 - INFORMATIONS AGENT Nom patronymique : Prénom : Date de naissance : Dépt. de naissance : Profession du conjoint, concubin ou pacsé :		N° DGFIP : Nom marital (ou usuel) : Situation familiale : Nombre d'enfants à charge :	
Adresse Numéro :		Voie ou rue : Complément d'adresse : Code Postal : 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"/>		y compris huissier <input type="checkbox"/>	
Avec examen <input type="checkbox"/>		A la RAN de :	
Interne <input type="checkbox"/> (pour les agents déjà dans le département)		A la RAN de :	
Du lieu de travail du conjoint, concubin, pacsé <input type="checkbox"/>		A la RAN de :	
du domicile <input type="checkbox"/>			
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"/>			
2) Priorité sur le dernier emploi vacant <input type="checkbox"/>		A la RAN de :	
3) Garantie de maintien à la RAN <input type="checkbox"/>		A la RAN 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 RAN de :	
e. Affectation dans un D.O.M <input type="checkbox"/>			
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 - MO MOUVEMENT PRINCIPAL Cat C Je souhaite l'examen de ma demande : 1) aux mouvements général et complémentaire <input type="checkbox"/> 2) au mouvement général exclusivement <input type="checkbox"/> 3) au mouvement complémentaire <input type="checkbox"/>		9 - DEMANDE CONSERVATOIRE <input type="checkbox"/>	
Nombre d'intercalaires : Nombre de vœux sollicités :		10 - Date et signature du directeur <input type="checkbox"/>	

Fiche de mutation n°75T

Campagne de mutation 2016

INTERCALAIRE N°

Nom patronymique		Nom marital (ou usuel)				
Prénom						
Grade	Echelon	N° DGFIP				
Affectations sollicitées dans l'ordre décroissant des préférences						
Rang	DIRECTION	Résidence d'affectation nationale	Désignation du poste	profil	Priorité sur le poste	Réservé DG

A _____ , le
Signature de l'agent