

ACCOMPAGNEMENT À L'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE

Formulaire de saisine 2026 (1 par agent)

Formulaire à renvoyer au Pôle Emploi du CDG 36 à Madame THOMAS DE SA Aline (02.54.34.18.20)
à l'adresse a.desa@cdg36.fr.

LA COLLECTIVITÉ ou ÉTABLISSEMENT		
Nom de la Collectivité / Etablissement		
Nom et prénom de l'autorité territoriale		
Adresse		
Téléphone		Mail :
Coordonnées de l'interlocuteur (DGS, DRH, secrétaire de mairie, ...) de la collectivité ou de l'établissement en charge du dossier.	- Nom / prénom : - Fonction : - Téléphone : - Adresse mail :	

AGENT Á ACCOMPAGNER	
Nom et prénom	
Coordonnées	- Téléphone : - Adresse mail : - Adresse Postale :
Grade	
Poste occupé / Fonction dans la collectivité ou l'établissement	
Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Attentes de la collectivité	<input type="checkbox"/> Evolution professionnelle <input type="checkbox"/> Réorganisation de services <input type="checkbox"/> Inaptitude <input type="checkbox"/> Autres :

Pour rappel : Le tarif est de 1 200 € par parcours et par agent (la dépense peut être co-financée sous conditions).

NB : l'intervention ne pourra être effective qu'après signature de la convention établie entre le CDG 36 et la collectivité.

Le, à

L'autorité territoriale (signature et cachet)