

Année 2015

Le SGAMI/SGAP dont vous relevez :

VOUS, LE DEMANDEUR**MATRICULE :** _____**NOM et PRENOM :** _____ **EPOUSE :** _____

DATE de naissance : _____ LIEU de naissance (ville + N° département) : _____

ADRESSE (complète) du demandeur : _____

GRADE : _____ DATE DU GRADE : _____ SPECIALITE EXERCEE : _____

VOTRE SITUATION ADMINISTRATIVE

SERVICE ACTUEL : _____ LIEU : _____ DEPUIS LE : _____

Fonctions exercées : _____

ANCIENNETE POLICE AU 01/09/2015 _____

Date de titularisation dans le corps : _____

Position actuelle (en activité, à temps partiel.... etc) : _____

VOTRE SITUATION DE FAMILLEVOUS ETES : CELIBATAIRE EN CONCUBINAGE PACSE(E) MARIE(E)
 SEPRE(E) DIVORCE(E) VEUF (VE) VEUF (VE) d'un fonctionnaire de police

CONJOINT(E) : NOM : _____ PROFESSION : _____

LIEU D'EXERCICE DE SA PROFESSION : _____

ADRESSE du CONJOINT : _____

Si le conjoint est fonctionnaire de police, indiquez : - son grade : _____

Dépose-t-il (elle) une demande de mutation, pour cette année ? NON OUI Indiquez le lieu _____

NOMBRE et AGE des ENFANTS : _____ NBRE D'ENFANTS A CHARGE : _____

AUTRES PERSONNES A CHARGE (précisez) : _____

VOS VŒUX**SERVICES +** 1°) _____ Poste ouvert* OUI NON **VILLE(S) et/ou DOM/COM** 2°) _____ Poste ouvert* OUI NON sollicité(s) 3°) _____ Poste ouvert* OUI NON

(3 vœux au maximum)

MOTIF DE LA DEMANDE (L'Administration se réserve le droit, le cas échéant, de réclamer les éléments justifiant le motif de la demande) :

- Rapprochement de conjoint (e)
- Rapprochement familial (précisez la filiation ou si garde alternée) : _____
- Convenances professionnelles – précisez si possible : _____
- Convenances personnelles – précisez si possible : _____
- Autre : _____

EST-CE UNE DEMANDE RENOUVELEE ? NON OUI Précisez le nombre de demandes antérieures et les villes sollicitées : _____

Remarque : pour les demandes de mutation à caractère médical, social ou familial intra-SGAMI/SGAP s'adresser au SGAMI/SGAP concerné ; à formuler sur postes ouverts ou susceptibles d'être vacants et soumises à l'avis de la CAPL.

A _____ Le _____ 2015.

Votre Signature,

* cochez la case correspondante.

AVIS des autorités hiérarchiques

(1) AVIS DU CHEF DE SERVICE DIRECT

FAVORABLE

SANS REMPLACEMENT

AVEC REMPLACEMENT

PAR UN AGENT DU MEME GRADE

(si autre l'exprimer)

DEFAVORABLE (A MOTIVER) : -----

DATE : ----- QUALITE DU SIGNATAIRE : -----

(2) AVIS DE L'AUTORITE SUPERIEURE (SI AVIS NON CONFORME LE MOTIVER)

CONFORME

NON CONFORME

DATE : ----- QUALITE DU SIGNATAIRE : -----

(3) AVIS DU PREFET (SGAMI/SGAP) (SI AVIS NON CONFORME LE MOTIVER)

CONFORME

NON CONFORME

DATE : ----- SIGNATURE : -----

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION CENTRALE (DRCPN)