Saisine du Comité Social Territorial

**Compte personnel de formation**

Date de séance : …… / …… / …………….

\*

**Textes de référence :**

* Code général de la fonction publique
* Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels ;
* Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique ;
* Décret n° 2007-1845 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique territoriale ;
* Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

**Principe**

Le CST doit être consulté, préalablement à la délibération de l’assemblée délibérante décidant des conditions des financements du Compte Personnel de Formation (CPF).

|  |
| --- |
| **DISPOSITIONS PROPOSEES**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre d’agentsTitulaires | Nombre d’agentsContractuels | Nombre d’agentsStagiaires |
|  |  |  |

Date d’effet du projet :……………………

**Prise en charge des frais de formation – Fixation des plafonds :**

❑ 1ère possibilité :

* + Plafond coût horaire pédagogique : …………………………………… euros.
	+ Plafond par action de formation : ………………………………………...euros.

***OU***

❑ 2ème possibilité :

- Plafond par action de formation : …………………………………….....euros.

**Prise en charge des frais de déplacements**

❑ Non prise en charge les frais de déplacement liés à la formation

***OU***

❑ Prise en charge les frais de déplacement (transport, restauration et le cas échéant hébergements liés à la formation) intégralement ou à hauteur de …….% des frais engagés dans la limite de …..euros par action de formation.

**Critères et ordre de priorité accordés aux demandes de formation :**

- Formation dans le cadre d’une prévention d’un risque d’inaptitude physique confirmé par le médecin de prévention

- Formation à la validation des acquis de l’expérience (VAE) par un diplôme, un titre ou une certification inscrite au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP)

- Formation de préparation aux concours et examens

**Informations complémentaires**

**Modalités d’examen des demandes de formation**

❑Les demandes de CPF déposées seront examinées par l’autorité territoriale lors de leur présentation, avec une réponse dans un délai de 2 mois.

***OU***

❑ Les demandes de CPF déposées seront examinées par l’autorité territoriale par période …………………………………………………………………(fixer la période).

SIGNATURE DE L’AUTORITE TERRITORIALE

*Fait à  (lieu) : ………….……………………………………….….…………*

*Le (date) : ……/……/……………*

*Nom du Maire ou du Président : ……………………….………….…....*

*Cachet de la collectivité et signature de l’autorité territoriale*