



## Demande de Mobilité

Nom et Prénom	Mtle. DDP	
Poste actuel	Région	
Email	GSM	

Cochez votre type de demande :

<input type="checkbox"/> Demande de Mutation	<input type="checkbox"/> Demande de Promotion
<input type="checkbox"/> Demande de Maintien *	<input type="checkbox"/> Demande de Décharge *

Cochez le type de poste de RUGT que vous occupez :

<input type="checkbox"/> Poste ordinaire (PO) Durée d'occupation fixée à 5 ans	<input type="checkbox"/> Poste Difficile (PD) Durée d'occupation [min 3 ans   max 5 ans]	<input type="checkbox"/> Poste Sensible (PS) Durée d'occupation [min 5 ans   max indéfinie]
---	---	--

**Cadre réservé aux Chefs de Secteurs Forestiers désirant être déchargés de leur fonction**

Motif de décharge :

Age avancé

Dossier médical\* (Original, homologué par le Conseil Provincial de Santé)

Affectation demandée :  
(Choisir trois postes différents)

1<sup>er</sup> Choix : .....

2<sup>ème</sup> Choix : .....

3<sup>ème</sup> Choix : .....

\*Maladies fixées en annexe de l'arrêté du ministre de la santé n° 2518-05 du 30 chaabane 1426 (5 septembre 2005) fixant la liste des maladies graves ou invalidantes nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux.

### ENGAGEMENT

Je soussigné,..... atteste par la présente, souscrire à la **mobilité des Responsables des Unités de Gestion Territoriale (Chefs de Secteurs Forestiers) – 2021** et accepter les conditions de son déroulement. (voir au verso)

**Signature de l'intéressé :**

Date ...../...../.....

<b>Cadre Réservé à la Direction de rattachement (Centrale ou Régionale)</b>	<b>Discipline</b>	
	Sanctions au cours des 4 dernières années	
	.....	
	.....	
<b>Signature et cachet de la hiérarchie :</b>		
<b>DPEFLCD ou Chef de Service :</b>	<b>Directeur Central ou Régional:</b>	
Date ...../...../.....	Date ...../...../.....	

<b>Cadre Réservé à l'Administration</b>	<b>Avis de la Commission Centrale de Mobilité (CCM)</b>		<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable
	<b>SCORE TOTAL : .....</b>			
	<b>Décision d'Affectation</b>			
	<b>Poste d'affectation</b>	<b>Type de poste</b>	<b>Région de Destination</b>	

\* Les Demandes de Décharge et les Demandes de Maintien au poste sont soumises à l'approbation de la Commission Centrale de Mobilité. Par conséquent, les dossiers de mobilité des agents ayant formulé ces types de demandes doivent comporter toutes les informations et mentions obligatoires dans le cas d'une demande de mutation ordinaire.

## **REGLEMENT DE LA MOBILITE**

- 1- Les agents ayant souscrit à la mobilité des RUGT 2021 bénéficient des garanties apportées par le *Système de Gestion Intégrée de la Mobilité (SGIM)* fondé sur la transparence, le mérite et l'équité ;
- 2- Toute demande déposée au-delà de la date fixée par la note de mobilité ne sera pas prise en considération. Les agents qui n'auront pas formulé leur demande dans les délais prescrits seront redéployés selon les besoins de service ;
- 3- La FIP et la FIS doivent être remplies avec exactitude. Sans préjudice des poursuites disciplinaires, toute fausse déclaration ou faux dans le document justificatif entraîne le rejet systématique de son dossier de mobilité ;
- 4- La date de comptabilisation des données portées sur la FIP et la FIS correspond au dernier jour du délai de dépôt du dossier de mobilité au niveau de la direction centrale/régionale de rattachement. Ladite date est fixée au niveau de la note de mobilité. Aucune donnée ultérieure à cette date ne peut être comptabilisée ;
- 5- Le choix d'affectation doit être porté sur des postes n'ayant pas été occupés auparavant par le candidat ;
- 6- La liste des choix d'affectation doit être envoyée dans les délais impartis à cette opération. Tout envoi au-delà de cette date ne saurait être pris en compte. L'agent est par conséquent redéployé selon les besoins de service ;
- 7- Sans préjudice des poursuites disciplinaires, toute tentative de compromettre les principes de transparence, d'équité et de mérite par quelconque agissement de l'agent, manœuvre, manipulation ou intervention, par quelque moyen que ce soit, entraînera une affectation d'office en fonction des besoins de service.

Les dispositions du présent règlement s'appliquent à la mobilité 2021





**Fiche d'Itinéraire Professionnel (FIP)**

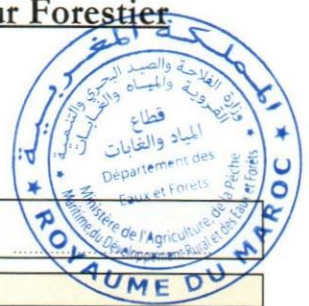
Nom et Prénom						Mtle. DDP	
Diplôme (Cochez la case correspondant à votre diplôme)							
Agent Technique	<input type="checkbox"/>	Adj. Technique	<input type="checkbox"/>	Technicien	<input type="checkbox"/>	Technicien Spécialisé	<input type="checkbox"/>
Grade (Cochez la case correspondant à votre Grade)							
Technicien 4ème Grade	<input type="checkbox"/>	Technicien 3ème Grade	<input type="checkbox"/>	Technicien 2ème Grade	<input type="checkbox"/>	Technicien 1er Grade	<input type="checkbox"/>

**Itinéraire Professionnel :**

Unité d'affectation (1)	Fonction (2)	Entité de rattachement (3)	Date	
			Début (j/m/a)	Fin (j/m/a)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

<b>Signature de l'intéressé :</b>
Date ...../...../.....

(1) : Secteur de ..... | USCFS de..... | Triage de.... | District de..... | Brigade de.... | Réserve de .... | Pépinière de.... | Bureau de.....  
 (2) : Chef | Adjoint | Collaborateur  
 (3) : Service de..... | DREFLCD de ..... | DPEFLCD de ..... | Parc de ..... | CDRF de..... | Centre Technique de .... | CNHP....



## Fiche d'Identification Sociale (FIS)

Nom et Prénom	Mtle. DDP
---------------	-----------

<b>Informations générales</b>	
Date de naissance : [..... /..... /.....]	Statut matrimonial ( <i>Case à cocher</i> ): Marié : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Profession du Conjoint(e) : .....	Organisme employeur : .....
Actif (ve) : Oui <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	Lieu : .....
Lieu de résidence (conjoint et enfants) : ..... .....	

Enfants (Se limiter aux 4 derniers enfants)	Age	Niveau de scolarisation*	Lieu de scolarisation
.....	.....ans	.....	.....
.....	.....ans	.....	.....
.....	.....ans	.....	.....
.....	.....ans	.....	.....

\* joindre **obligatoirement** un justificatif de scolarisation\_ 2020/2021 (certificat de scolarité/dernier bulletin des notes/copie de la carte d'étudiant).

Concerné	Maladie**	Durée de traitement (Chronique/Non Chronique)
Agent	.....	.....
Conjoint	.....	.....
Enfant	Prénom : .....	.....
	Maladie : .....	.....
Autre	Prénom : .....	.....
	Maladie : .....	.....

Accidents et agressions encourus					
Date	Incident**	ITT (Nbre Jrs)	IPP (%)	Type d'incapacité	Date de reprise
...../...../.....	.....	.....	.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....	.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....	.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....	.....	.....	.....

\*\* joindre **obligatoirement** les certificats médicaux originaux homologués par le Conseil Provincial de Santé.

<b>Signature de l'intéressé :</b>
.....
Date ...../...../.....