

#### Demande d’avis de la commission administrative paritaire

**Catégorie A** 🞎 **B** 🞎 **C** 🞎

#### REFUS DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Collectivité :

Nom / Prénom de l’agent :

Grade :

Date de nomination stagiaire :

Date de nomination dans la collectivité :

**Refus de formation professionnelle à compter du : pour :**

##### PIÈCES A JOINDRE :

Courrier de l’agent*.*

Rapport de l’autorité territoriale motivant les raisons du 2ème refus.

###### Le

##### NOM ET SIGNATURE DE L’AUTORITÉ TERRITORIALE