

ATTESTATION D'AUTORISATION DE SUIVI DE FORMATION
à remplir par l'employeur

Je soussigné(e) (préciser le nom de l'employeur) :.....
.....

autorise Monsieur/Madame (Nom/Prénom) :.....
.....

fonctionnaire de la Nouvelle-Calédonie des communes

à suivre la formation suivante pour des besoins de service :.....
.....

Cette formation est dispensée par (préciser l'organisme de formation) :.....
.....

du au

et est justifiée par la nécessité de service suivante :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait pour valoir ce que de droit.

Date :

Signature et cachet :



Cette attestation doit être jointe au formulaire de demande d'octroi d'une bonification d'ancienneté au titre d'une formation et réceptionnée à la DRHFPNC (soit par dépôt ou envoi postal au 18 avenue Paul Doumer BP M2 - 98849 Nouméa Cedex, soit par mail : sgsf.drhfpnc@gouv.nc)