

PROCÉDURE L. 4139-2 DU CODE DE LA DÉFENSE

PASSEPORT PROFESSIONNEL

DOSSIER N°

(*saisie obligatoire)

INFORMATIONS PERSONNELLES		
IDENTITE		
Civilité*		
Nom d'usage*		
Nom de naissance*		
Prénom usuel *		
1 ^{er} prénom état civil*		
Nationalité*		
NAISSANCE		
Date de naissance*	Pays de naissance*	Né en France / Né à l'étranger : Ville*
RESIDENCE		
Code Postal *		
Pays*		
CONTACT		
Téléphone portable et/ou privé		
Téléphone professionnel		
Adresse mail principale*		
Adresse mail secondaire		
Correspondance par courriel	<input type="checkbox"/>	
CATEGORIE DE BENEFICIAIRE - MILITAIRE		
Sous-catégorie de bénéficiaires*	- En activité	- Libéré
DETAIL « MILITAIRE »		
Grade actuel ou dernier grade détenu		
Statut*	- Carrière	- Contrat
		- Commissionné
Date d'entrée en service*		
Date rectifiée le cas échéant		
Date des 5 ans de service		
Date de la fin de contrat*		
Date de radiation des contrôles*		

AGREMENT				
Numéro de la décision*				
Date de la décision*				
Date de début d'agrément *	Date de fin d'agrément	Durée de l'agrément *		
FONCTION PUBLIQUE CIBLE				
- Fonction publique d'état	- Fonction publique territoriale	- Fonction publique hospitalière		
Indice pour les militaires en activité (Territoriale et hospitalière)	- Majoré détenu* (Au jour de la constitution du dossier) - Brut			
COMPETENCES 1/2				
Niveau d'études scolaires*				
DIPLOMES ET TITRES				
Intitulé complet, spécialité ou filière*	Année d'obtention*	Scolaire* oui - non		
-	-	-		
-	-	-		
LANGUES MAITRISEES				
Langue*	Niveau de langue*	Années d'expérience*		
-	-	-		
-	-	-		
PERMIS DE CONDUIRE				
Type permis*	Date d'obtention*	Date de fin de validité		
-	-	-		
-	-	-		
PERMIS ET LICENCES DIVERS				
-				
-				
Remarques ou observations éventuelles du candidat sur son parcours professionnel ou personnel :				
COMPETENCES 2/2 (CODE ROME)				
Sous famille		Code métier	Famille métier	
Domaine professionnel		Niveau de diplôme*	Années d'expérience*	
STAGE - FORMATIONS				
Intitulé*	Durée	Suivi en*	Années d'expérience*	
EMPLOIS				
Début*	Fin*	Libellé*	Lieu*	Descriptif de l'emploi sélectionné*

METIERS SELECTIONNES

METIERS sélectionnés * FPE : RIME + FPT : RMT + FPH : RMSA

Fonction publique	Niveau 3	Niveau 1	Niveau 2	Catégorie emploi*

Région(s) souhaitée(s) : choisir une ou des régions. Possibilité de mentionner « autres régions »

-

-

Département(s) souhaité(s) :

-

-

SOUHAITS EVENTUELS DU CANDIDAT

PROJET PROFESSIONNEL CANDIDATURES POSITIONNEES

N° ordre	N°FDE	N°FDP	Intitulé du poste	Millésime	Fonction publique	Catégorie	Région	Département	Pièce jointe

SUIVI

Ministère de rattachement*

Antenne locale	Correspondant local	Date de l'entretien et signature du conseiller

CANDIDAT TITULAIRE DU PASSEPORT PROFESSIONNEL

En signant le passeport professionnel, le candidat :

- Déclare sur l'honneur que toutes les informations fournies à l'appui de sa demande sont exactes et que toute fausse déclaration l'exposerait aux sanctions prévues par les articles 441-1 et 441-6 du code pénal.
- Déclare accepter le passeport professionnel proposé ci-dessus et ses orientations professionnelles.

Date de signature du passeport	
Signature du candidat	