



DEMANDE DE CONGÉS EN JOURS DE C.E.T (Compte Epargne-Temps)

C.E.T. HISTORIQUE C.E.T PERENNE

(Cocher le C.E.T. à débiter)

NOM : MATRICULE :

PRÉNOM : GRADE :

SERVICE :

Rappel du nombre de jours en compte sur le C.E.T. à débiter : jours

☞ **JE DÉSIRE DÉBITER DE MON COMPTE EPARGNE TEMPS AUX PÉRIODES SUIVANTES :**

Nombre de jours à débiter : jours

Période 1	Du :	Au :
Période 2	Du :	Au :
Période 3	Du :	Au :

Date de la demande : ____ / ____ / _____

Signatures :

Agent :	Cadre :	DSSI : <i>(concerne le personnel soignant)</i>	DRH :
---------	---------	---	-------