

# FORMULAIRE D'ANNULATION DE DEMANDE DE MUTATIONS

## CAP DES TECHNICIENS

DATE DE LA CAP :

## ÉTAT-CIVIL

NOM PATRONYMIQUE :

NOM MARITAL :

PRÉNOM :

## AFFECTATION ACTUELLE

DISP :

ETABLISSEMENT :

## NATURE DE L'ANNULATION (cocher la case)

ANNULATION PARTIELLE

ANNULATION TOTALE

## POSTES SOLLICITÉS (à remplir obligatoirement – cocher la case)

CHOIX	RÉF. POSTE	LIBELLÉ POSTE DEMANDÉ	VŒU CONSERVÉ	VŒU ANNULÉ
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observations de l'agent :

Fait à ....., le .....

Signature de l'agent :

## ACCUSE DE RÉCEPTION

Je soussigné(e) certifie avoir reçu le .....la présente demande d'annulation de mutation.

Fait à ...., le .....

Cachet et Signature de l'administration :