BULLETIN RÉPONSE

Participation Module « renforcement des compétences »

COLLECTIVITE / ETABLISSEMENT : ……

Nom et Prénom du contact : ……

Coordonnées du contact : Tel : …… Mail : ……

Nom et Prénom de l'agent concerné par le dispositif : ……

Titulaire ou contractuel : ……

DIRECTION / SERVICE : ……

Fonctions :……

Tel :……Mail : ……

MODULES :

- ☐ **RESSOURCES HUMAINES**
- ☐ **FINANCES PUBLIQUES**
- ☐ **ETAT CIVIL**
- ☐ **URBANISME**

Avez-vous des attentes particulières quant au contenu du module ?
……
……
……