



DEMANDE D'EXERCICE DU DROIT D'OPTION

A remplir obligatoirement si le solde du CET est supérieur à 15 jours

Je soussigné-e,

Nom : _____ Prénom : _____
Corps et grade : _____
Si contractuel : Type de contrat : ☐ CDI ☐ CDD (date du contrat)
Fonctions exercées : _____
Quotité de travail : ☐ Temps complet ☐ Autre (à préciser) :
Affectation précise (service/bureau) : _____
Adresse du lieu d'affectation : _____

Demande à exercer mon droit d'option comme suit :

Solde du CET avant versement (A)

Solde du CET après versement
(F de l'annexe 2)

Nb de jours dépassant le seuil de 15 jours (G=F-15)	Nombre de jours à prendre en compte au titre de la RAFP (H)* *titulaire uniquement	Nombre de jours à indemniser (I)	Nombre de jours à maintenir sur le CET pour une utilisation ultérieure sous forme de congés(J) (J) ≤ 10

Attention : G= H+I+J

Solde du CET après option (K)
L=15 + J

Date :/...../.....

Signature du demandeur : _____

Visa et avis du supérieur hiérarchique :

Cadre réservé au service gestionnaire des congés :

Décision du service gestionnaire des congés :

☐ Oui

☐ Non

Observations :

Date :

Signature et cachet du responsable