

**Bulletin d’inscription**

**Ateliers thématiques**

**Je soussigné(e) Madame/Monsieur :** ……………………………………………………………………

**Qualité (Maire/Président) :** .................................................................................................................

**Collectivité** : .......................................................................................................................................

**Adresse**: ………………………………………………………………………………………………………

**Code postal**:…………….. **Ville** : …………………………………………………………………………

Le cas échéant, dénomination de l’établissement secondaire ou du budget annexe concerné par la mission : ………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..............................................................

Numéro SIRET de l’établissement (principal ou secondaire) ou du budget à facturer : .............................................................................................................................

**Contact chargé du dossier** : ..........................................................................................................

Téléphone : ........................................................................ Courriel : .................................................

[ ]  **Sollicite l’inscription d’un ou plusieurs agents pour l’atelier :** …………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**Organisée le :** ………………………………………………

**Qui se déroulera dans :**

[ ]  **les locaux du CDG17**

[ ]  **dans un autre lieu (à préciser) :**…………………………………………………………….

**Agent n° 1 dont l’inscription est demandée :**

Nom : ………………………………………….. Prénom :……………………………………

Fonctions :………………………………………………………………………………………

Adresse mail de l’agent : ……………………………………………………………………

N° de téléphone de l’agent : ……………………………

**Le cas échéant, agent n°2 dont l’inscription est demandée :**

Nom : ………………………………………….. Prénom :……………………………………

Fonctions :………………………………………………………………………………………

Adresse mail de l’agent : ……………………………………………………………………

N° de téléphone de l’agent : ……………………………

Les frais de déplacement et de repas sont pris en charge directement par la collectivité.

[ ]  **Engage la collectivité à régler pour exécution de la prestation le ou les titres de recettes qui sera/seront transmis par le CDG17.**

Fait à ..................................................................., le ......... / ......... / .........

Cachet et signature de l’autorité territoriale

Les informations recueillies à partir du présent formulaire font l’objet d’un traitement informatique destiné aux services du Centre de gestion de la fonction publique territoriale de la Charente-Maritime, afin d’organiser les ateliers thématiques et réaliser la facturation correspondante.

Les données sont conservées pendant 5 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : dpd@cdg17.fr

****Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Pour en savoir plus, consultez vo****s droits sur le site de la CNIL ([https://www.cnil.fr/).](https://www.cnil.fr/)

|  |
| --- |
| **Fiche à renvoyer complétée et signée à :****CENTRE DE GESTION 17 – Pôle Ressources –** **85 Boulevard de la République - CS 50002 - 17076 LA ROCHELLE CEDEX 9****Ou****Par courriel : ateliers@cdg17.fr** |