

DEMANDEUR :

NOM : _____ Prénom : _____

Qualification : _____ Service d'appartenance : _____

Service souhaité pour la période d'observation : _____

Période souhaitée (date et créneau horaire) : _____

Le

Signature

VALIDATION :

Cadre de service du salarié

Le

Signature
(Précédé de la mention Favorable/Défavorable)

DSI responsable du service demandé

Le

Signature
(Précédé de la mention Favorable/Défavorable)

Mme/M _____ Cadre du service de _____

atteste que Mme/M _____ était bien présent aux dates
et heures de la période d'observation.

Le

Signature

**Cette fiche est à retourner obligatoirement au Service des Ressources Humaines
à l'issue de la période d'observation**