



**L-120 - ADC**  
Police Locale

## Déclaration

**Pour l'ouverture ou la fermeture du droit à l'allocation de développement des compétences**

### 1. Données du membre du personnel

Nom		Prénom		Numéro de la ZP	
Numéro d'identification		Niveau			
Echelle de traitement		Classe (uniquement pour le niveau A)			

### 2. Rubrique à compléter par le responsable du personnel

**Je déclare que le membre du personnel remplit les conditions d'octroi pour ouvrir le droit à l'allocation de compétence :**

	Date d'inscription initiale	Date de la réussite
Première formation certifiée		
Deuxième formation certifiée		
Troisième formation certifiée		
Quatrième formation certifiée		

Période de référence	Depuis:
Date du droit	Depuis:

**REMARQUE: L'attestation de réussite de la formation certifiée doit toujours être jointe à ce formulaire.**

**Je déclare que le membre du personnel NE remplit PLUS les conditions d'octroi depuis:**

Motif:

**Je déclare que le membre du personnel dont l'allocation de compétence a été suspendue suite à une évaluation portant la mention finale "insuffisant", y a à nouveau droit suite à une évaluation positive:**

Date évaluation positive:

### Données du responsable du personnel

Nom		Prénom	
Fait le		A la date du	
Numéro téléphone de service		Signature	
Modèle de décentralisation	<input type="checkbox"/>	Base	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Light	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Full	<input type="checkbox"/>

### 3. Procédure

Ce formulaire doit être rédigé en **1 exemplaire** et envoyé au Satellite compétent du **SSGPI**.