DEPARTEMENT DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE
CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Chemin de Font de Lagier
04130 VOLX

Tél. 04 92 70 13 00

E-Mail : courrier@cdg04.fr
Site web : www.cdg04.fr

DEMANDE DE CREATION DE COMPTES D'ACCES AUX APPLICATIONS PROPOSEES PAR LE CENTRE DE GESTION

Collectivité de : .....

Compte n° 1

Nom et Prénom du titulaire du compte : .....

Fonction du titulaire du compte : .....

Mail : ..... *Téléphone (ligne directe) :* .....

Applications (1 ou plusieurs applications) :

- ☐ Web Carrière
- ☐ Médecine professionnelle, gestion des convocations
- ☐ Déclaration des cotisations au CDG

Compte n° 2

Nom et Prénom du titulaire du compte : .....

Fonction du titulaire du compte : .....

Mail : ..... *Téléphone (ligne directe) :* .....

Applications (1 ou plusieurs applications) :

- ☐ Web Carrière
- ☐ Médecine professionnelle, gestion des convocations
- ☐ Déclaration des cotisations au CDG

COMPTES A DESACTIVER

NOM-PRENOM du titulaire du compte	Identifiant

Je soussigné*(e), (nom de l'autorité territoriale)* ....., autorise les agents mentionnés ci-dessus à avoir accès aux applications sélectionnées et à y faire toutes les opérations nécessaires.

A *(lieu)*....., le *(date)* ..... ,

Signature de l'autorité territoriale :

DEPARTEMENT DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE
CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Chemin de Font de Lagier
04130 VOLX

Tél. 04 92 70 13 00

E-Mail : courrier@cdg04.fr
Site web : www.cdg04.fr

DEMANDE DE CREATION DE COMPTES D'ACCES AUX APPLICATIONS PROPOSEES PAR LE CENTRE DE GESTION

Collectivité de : .....

Compte n° 3

Nom et Prénom du titulaire du compte : .....

Fonction du titulaire du compte : .....

Mail : ..... *Téléphone (ligne directe) :* .....

Applications (1 ou plusieurs applications) :

- ☐ Web Carrière
- ☐ Médecine professionnelle, gestion des convocations
- ☐ Déclaration des cotisations au CDG

Compte n° 4

Nom et Prénom du titulaire du compte : .....

Fonction du titulaire du compte : .....

Mail : ..... *Téléphone (ligne directe) :* .....

Applications (1 ou plusieurs applications) :

- ☐ Web Carrière
- ☐ Médecine professionnelle, gestion des convocations
- ☐ Déclaration des cotisations au CDG

COMPTES A DESACTIVER

NOM-PRENOM du titulaire du compte	Identifiant

Je soussigné*(e), (nom de l'autorité territoriale)* ....., autorise les agents mentionnés ci-dessus à avoir accès aux applications sélectionnées et à y faire toutes les opérations nécessaires.

A *(lieu)*....., le *(date)* ..... ,

Signature de l'autorité territoriale :