DEMANDE DE MUTATION / DEMANDE D’EVOLUTION / PROFIL DISPONIBLE\*

Région d’origine : Correspondant :

Transmis le :

Objet :  Demande d’évolution  Reclassement suite à visite médicale

Demande de mutation  Suite à suppression de poste

Mutation temporaire  Autre (à préciser) :

Contexte :

Collaborateur concerné :

Adresse complète :

Coordonnée(s) téléphonique(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POSTE ACTUEL** | **POSTE SOUHAITE** |
| Intitulé de poste |  |  |
| Segment de clientèle actuel | entreprise  crèche  cuisine centrale  santé  personnes âgées  traiteur  médico-social  scolaire | entreprise  crèche  cuisine centrale  santé  personnes âgées  traiteur  médico-social  scolaire |
| Temps de travail mensuel  (si temps partiel, précisez le nombre d’heures) |  |  |
| Base mensuelle brute |  |  |
| Mobilité géographique |  |  |
| Type de temps de travail | semaine  soir  travail en coupure  week-end | semaine  soir  travail en coupure  week-end |

Expérience chez API ou dans une autre société en ? :

entreprise  médico-social  crèche  cuisine centrale  santé

traiteur  scolaire  personnes âgées

A quel poste ? combien de temps ? :

Compétences (ex. : réalisation de menus – encadrement d’équipes – connaissances régimes et textures modifiées…) :

Disponibilité à la date du :

Informations complémentaires :