

DEMANDE DE FORMATION Personnel Médical

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

Nom et Prénom du praticien : Matricule :
Statut :
Service : Pôle :
Site : ☐ CHU Félix Guyon ☐ CHU Sud

IDENTIFICATION DE L'ACTION DE FORMATION

--- Joindre le programme de formation ---

Intitulé de Formation :
Dates réelles de la formation : du au
Années sur lesquelles se déroule la formation :
Si la formation comporte plusieurs étapes, merci de détailler (nb d'étapes, dates, examen(s), stage(s), ...) :
Objectifs de la formation :
Lieu de la formation :
Organisme de Formation :

→ Cette action de formation est-elle validante au titre du Développement Professionnel Continu (DPC) pour votre spécialité d'exercice (c'est-à-dire référencée sur le site de l'ANDPC pour votre spécialité d'exercice – voir inscription auprès de votre Ordre) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir le numéro de l'action de DPC (contenant 11 chiffres) :

PLANIFICATION DES CONGES FORMATION (CF) & PREVISIONNEL DES COUTS LIES A LA FORMATION

→ Je sollicite la planification de jours de CF sur Clepsydre

(Jours réels de formation + délais de déplacement - uniquement sur jours ouvrables)

A mon retour de formation, je m'engage à fournir au minimum mon justificatif de présence.

Si je ne demande aucun CF, cela signifie que je m'engage à suivre ma formation hors du temps de travail.

→ Je sollicite la prise en charge de ma formation par le CHU : ☐ Oui ☐ Non

Je fournis immédiatement les coûts prévisionnels pour les frais remboursables et je fournirai tous les justificatifs de paiement au retour de formation.

1- . Frais d'enseignement (Hors frais de cotisation et d'adhésion) : €

Si je souhaite que le CHU prenne en charge mes frais d'inscription en direct, je contacte la DAM pour en connaître les conditions.

2- . Frais de déplacement (transports en commun tels que avion / train / RER / métro / bus ...)

Les factures de transport doivent être établies sur la base du tarif le plus économique ou un devis à ce tarif devra être joint

o Avion : € (les cartes d'embarquement sont à conserver)

o Train ou autres transports en commun : €

o Frais d'indemnités kilométriques : ☐ A prévoir ☐ Non

o Frais d'hébergement / de repas : ☐ A prévoir ☐ Non

o

→ Je sollicite le report exceptionnel de mon droit de tirage de l'année en cours pour l'année prochaine : ☐ (à cocher)

Ma demande de report concerne exclusivement la formation précisée dans la partie ci-dessus « Identification de l'action de formation »

Joindre obligatoirement une demande écrite et motivée à la DAM pour arbitrage

Je déclare, sur l'honneur, ne pas avoir bénéficié d'une prise en charge financière par un tiers autre que le CHU pour cette même action de formation.

Fait à, le

Signature du praticien	Signature et Cachet du Responsable de Service et/ou du Chef de Pôle	Cachet de la DAM (avec date de réception de la demande*)
	Nom et Prénom :	

* le cachet de la date de réception atteste de l'inscription de l'action au plan de formation DPC du CHU ou précise si celle-ci est Hors plan.

Pour toute demande d'information, contacter le référent DPC de pôle ou le Gestionnaire de Formation de la Direction des Affaires Médicales :
Email : formation.medicale@chu-reunion.fr