E.P.S. ESQUIROL

HNSM
Hôpital National de Saint-Maurice

DEMANDE DE DEPART EN FORMATION DANS LE CADRE DU DIF

(Transmise par lettre recommandée avec accusé de réception au service de la formation continue)
2 mois avant le départ en formation

IDENTIFICATION DE L'AGENT DEMANDEUR :
(Toute demande incomplète sera renvoyée à l'agent sous couvert de la hiérarchie)

NOM : .....

PRENOM : .....

GRADE : ..... **FONCTION :**.....

SERVICE : ..... **UF :**.....
Adresse et numéro de téléphone
professionnel :.....
.....

EMPLOI : ☐ temps plein ☐ temps partiel Quotité : %

Droits au titre du DIF : ☐ Heures acquises ☐ Heures demandées

☐ sur le temps de travail de l'intéressé(e)
☐ sur le temps personnel de l'intéressé(e)

INTITULE DE LA FORMATION DEMANDEE (joindre le programme de formation correspondant) :

- Intitulé complet :.....
- Coordonnées de l'organisme :.....
- Dates : .....
- Lieu : .....
- Durée (en heures): .....
- Prix de la formation T.T.C. :.....
- Frais annexes : .....

☐ Frais de déplacement ☐ Frais d'hébergement ☐ Frais de repas

AGENT	
DATE ET SIGNATURE	MOTIVATION *(Développement des connaissances et des compétences, préparation aux concours, actions complémentaires à un bilan de compétences ou à une VAE)*

SUPERIEUR HIERARCHIQUE	
DATE ET SIGNATURE	AVIS

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES	
DATE ET SIGNATURE	ACCEPTATION OU REFUS DU DIF

COPIE A L'AGENT ET AU SUPERIEUR HIERARCHIQUE LE

……