

## **DEMANDE DE PARTICIPATION A UNE ACTION DE FORMATION**

(Toute demande **incomplète** sera renvoyée à l'agent sous couvert de la hiérarchie)

### **IDENTIFICATION DE L'AGENT DEMANDEUR :**

**NOM :**

**PRENOM :**

**GRADE :**

**FONCTION :**

EMPLOI :  temps plein  temps partiel Quotité : %

**Service / Pôle et Unité fonctionnelle d'affectation :**

Numéro de téléphone professionnel :

### **INITIATIVE A LA DEMANDE DE :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vous-même       | <input type="checkbox"/> Supérieur hiérarchique                      |
| <input type="checkbox"/> Direction       | <input type="checkbox"/> Direction des soins                         |
| <input type="checkbox"/> Chef de service | <input type="checkbox"/> Autre (Ex : médecin du travail), préciser : |

### **INTITULE DE LA FORMATION DEMANDEE :**

- Coordonnées de l'organisme (Adresse et ☎):

- Dates :

- Durée :

- Lieu :

- Prix de la formation T.T.C. :

- Y a t-il des frais annexes ? :

Frais de déplacement  Frais d'hébergement  Frais de repas

**MERCI DE JOINDRE LE PROGRAMME DE LA FORMATION SOUHAITEE**

**Date et signature de l'agent**

PARTIE A REMPLIR PAR VOTRE SUPERIEUR HIERARCHIQUE DIRECT

**NOM DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

**PRENOM DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

**GRADE ET FONCTION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE :**

**Objectif visé \*:**

- Adaptation à l'emploi  Promotion professionnelle
- Préparation aux concours
- Formation personnelle (CFP – VAE - Bilan de compétences)

**RESULTATS ATTENDUS DANS LA PRATIQUE \*:**

- Amélioration des savoir-faire  Acquisition de compétences nouvelles
- Mise à jour des connaissances professionnelles
- Autres, à préciser :

( \* Cocher la case correspondante)

**DATE ET SIGNATURES DU OU DES RESPONSABLES HIERARCHIQUES**

***Merci d'indiquer la mention AVIS FAVORABLE OU DEFAVORABLE***

<b>COMMENTAIRES :</b>	
Agent :	Hiérarchie directe : (Adéquation avec l'emploi occupé, continuité des soins, remplacement)