

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

# Lettre d’engagement dans l’accompagnement QVT


#  L’ÉTABLISSEMENT

 CODE ETABLISSEMENT

 NOM

 ADRESSE

 CODE POSTAL

**REPRÉSENTÉ PAR SON DIRECTEUR** VILLE

 NOM PRÉNOM COURRIEL

#  DEMANDE A BENEFICIER DES OUTILS D’ACCOMPAGNEMENT SUIVANTS (cocher la ou les cases correspondantes)

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIONS** | **ECHEANCES** |
| **🞏** Diagnostic QVT***ATTENTION : prérequis obligatoire à la formation-action accompagnement politique QVT*** | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |
| **🞏** Formation-action accompagnement politique QVT | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |
| **🞏** Module d’accompagnement flash « mise en place du télétravail » | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |
| **🞏** Module d’accompagnement flash « accueil, suivi et intégration des nouveaux arrivants » | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |
| **🞏** Module d’accompagnement flash « définir et impulser une vision managériale » | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |
| **🞏** Module d’accompagnement flash « améliorer la communication institutionnelle interne » | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |
| **🞏** Module d’accompagnement flash « élaboration du document unique / Papripact » | **🞏** 1er semestre 2024 **🞏** 2ème semestre 2024 **🞏** 2025 **🞏** Ne sait pas |

#  Référent dédié, interlocuteur privilégié de l’ANFH :

 NOM – PRÉNOM METIER

 COURRIEL TÉLÉPHONE

Vous pouvez aussi choisir de réaliser ces accompagnements à plusieurs établissements (exemple : directions communes, GHT, GCSMS, établissements ayant l’habitude de travailler ensemble…). Dans ce cas, indiquer ci-dessous la liste des établissements concernés (rédiger une lettre d’engagement par établissement) :

# ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

#  LE DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT

 FAIT À LE NOM DU SIGNATAIRE

 CACHET DE L’ÉTABLISSEMENT SIGNATURE

**A TRANSMETTRE À VOTRE DÉLÉGATION TERRITORIALE ANFH**

Aquitaine :aquitaine.formation@anfh.fr / Limousin : limousin.formation@anfh.fr / Poitou-Charentes : par.poitou@anfh.fr