

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE SUBVENTION

Assistant de Soins en Gériatologie (ASG)

ETABLISSEMENT

 Numéro de dossier

 Numéro de DPC

 Date CTE

 Avis CTE

 Action :
organisme de formation

Nom / Sigle

Num activité

DATES DES SESSIONS

SESSION	DATE DEBUT	DATE FIN	DUREE	VILLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Typologie de la formation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2- Actions de formation continue: 2A adaptation immédiate au poste 2B adaptation à l'évolution prévisible des emplois 2C développement ou acquisition de nouvelles connaissances ou compétences 5 Action de conversion
----------------------------------	--	---

Période de professionnalisation :

 Oui

PUBLIC

NOM DES AGENTS ou joindre la liste	grade	Catégorie 2 (a,b ou c)	Nb H temps de travail	Nb H hors temps de travail	Nb H CP hors temps de travail	Nb H CPF temps de travail

Joindre la convention de formation à tous les dossiers pluriannuels	Pédagogie	Traitements	Déplacement Hébergement	Coût TOTAL
COUT TOTAL				

JOINDRE LA CONVENTION DE FORMATION ET LE BULLETIN DE PAIE DES AGENTS
Financement CNSA limité à la pédagogie