

Anfh

Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

DISPOSITIFS INDIVIDUELS

Congé de formation professionnelle (CFP)

DEMANDE DE
PRISE EN
CHARGE

À LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE DE FINANCEMENT D'UN CFP

La demande de prise en charge est constituée de 3 volets :

VOLET A à remplir par l'agent

VOLET B à remplir par l'établissement employeur

VOLET C à remplir par l'organisme de formation

Les 3 volets, dûment remplis doivent parvenir à la délégation territoriale ANFH chargée de l'instruction du dossier **sous pli recommandé avec accusé de réception, en respectant le calendrier des dates de dépôt des dossiers.**

Tous les renseignements demandés sont indispensables, pour faciliter l'étude du dossier, il importe de le remplir avec soin et d'apporter toutes les précisions demandées notamment au niveau de la partie projet.

Un dossier incomplet ne sera pas instruit par le comité chargé d'attribuer les financements.

Pour connaître les dates de réunions du Comité Territorial (CT) et la politique régionale, consulter le site de la délégation territoriale ANFH (voir au verso).

Le CT dispose de 60 jours pour communiquer une réponse.

À noter :

→ Le dépôt d'une demande de prise en charge CFP n'implique pas son acceptation.

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter le conseiller en dispositifs individuels de votre délégation territoriale ANFH.

www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnel-cfp

Le CFP permet aux agents de réaliser un projet personnel de formation en vue d'une reconversion, ou d'accéder à un niveau supérieur de qualification ou d'acquérir de nouvelles compétences professionnelles.

Le CFP permet à l'initiative de l'agent de partir en formation.

LISTE DES DOCUMENTS pour l'instruction du dossier de demande de financement :

- les 3 volets dûment signés
- la copie du dernier bulletin de salaire
- le certificat Qualiopi de l'organisme (si certifié Qualiopi)
- le programme de la formation
- le calendrier prévisionnel de la formation
- le devis de la formation

Le dépôt est possible même si vous êtes en attente d'admission, mais l'examen sera conditionné à votre admission en formation.

LES CONDITIONS D'ACCÈS

Pour prétendre à un CFP, l'agent doit :

Etre en position d'activité.

Justifier de 3 années de services dans la fonction publique hospitalière.

Choisir une action de formation de 10 jours minimum dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi et inscrit sur la liste publique des organismes de formation.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

A

À COMPLÉTER PAR L'AGENT

RÉSERVÉ À L'ANFH N°CFP

N°CT

A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres majuscules)

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE MOBILE

TÉLÉPHONE FIXE

E-MAIL (écrire en lettres majuscules)

A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

GRADE

MÉTIER

SERVICE

Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs CFP indemnisés ou non indemnisés avant cette demande ?

OUI

NON

INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP
(y compris Bilan de compétences et VAE)

RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT
EMPLOYEUR

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ
(oui / non)

A 03 | DIPLÔMES OBTENUS

CÔCHEZ LES DIPLÔMES OBTENUS

INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS

MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR

LICENCE – MASTER 1

BTS – DUT – DEUST

BP – BAC – BT

BEP – CAP – CFPA

FIN DE SCOLARITÉ

INTITULÉ DU (DES) DIPLÔME(S) OBTENU(S) (Spécifique aux professions de santé, secteur sanitaire ou social)

A 04 | FORMATION DEMANDÉE

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

ATTENTION - À COMPLÉTER DE PRÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUEMENT

En cas d'impossibilité, vous pouvez reprendre les questions ci-dessous sur une feuille libre en respectant le nombre de lignes indiqué.

ATTENTION !

Ce document vous permet de renseigner librement des informations. Pour rappel, vous devez impérativement rédiger des commentaires objectifs et jamais excessifs ou insultants. Le traitement des données sensibles (origine raciale ou ethnique, opinions politiques, philosophiques ou religieuses, appartenance syndicale, données relatives à la santé ou à la vie sexuelle, infractions, condamnations, mesure de sûreté) est soumis au recueil de votre consentement exprès. Si vous renseignez de telles informations, veuillez cocher la case (oui - non) en bas du formulaire.

VOTRE OBJECTIF

OPÉRER UNE RECONVERSION DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

OPÉRER UNE RECONVERSION EN DEHORS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

PROFESSION VISÉE

DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES HORS DE SON CHAMPS PROFESSIONNEL

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

DÉVELOPPER SES CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES DANS SON CHAMPS D'ACTIVITÉ

CONNAISSANCES OU COMPÉTENCES VISÉES

Préciser vos motivations relatives au projet et au choix de la formation, objectifs, actions de préparation ou de formation réalisées, démarches effectuées pour vérifier la faisabilité du projet (vous pouvez joindre tout document dactylographié/numérique pour argumenter votre projet professionnel). **Le conseiller en Dispositifs Individuels de votre délégation ANFH est à votre disposition pour vous aider à remplir votre dossier notamment la partie motivation.** Vous pouvez joindre tout document utile pour étayer votre projet (cv, offres d'emplois, promesse d'embauche, business plan...).

01. Quel est votre parcours ?

(5 lignes maximum) Retracer succinctement votre parcours professionnel, votre parcours de formation, votre situation actuelle (poste occupé, ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière...)

02. Quel est votre projet en lien avec cette formation et son origine ?

(10 à 15 lignes maximum) Quelle est l'origine de votre projet ? Qu'est ce qui a guidé votre réflexion ? Vous pourrez aussi décrire vos motivations, votre connaissance du métier et les qualités personnelles nécessaires à son exercice, si vous envisagez une reconversion.

03. Comment avez-vous préparé votre projet ?

(10 à 15 lignes maximum) Quelles actions préalables avez-vous réalisées (formations suivies, bilan de compétences, sources d'informations, professionnels rencontrés, recherches effectuées, sollicitation financement employeur, ...) ? Avez-vous été accompagné dans ce choix ? Avez-vous évalué la compatibilité de votre projet avec votre vie professionnelle et personnelle (déplacements, charge de travail, rémunération) ?

04. Pourquoi avez-vous choisi cette formation et cet organisme ? (5 lignes maximum) Choix de l'organisme : avez-vous contacté plusieurs organismes de formation ? Pourquoi ce choix (lieu, coût, contenu pédagogique, diplôme ou certificat délivré, lien avec votre projet) ?

05. Que ferez-vous à l'issue de la formation ? Quelles seront les étapes qui restent à accomplir pour finaliser votre projet ? (10 à 15 lignes maximum)

Indiquer comment vous comptez investir les connaissances et capacités acquises lors de la formation ? En cas de changement de métier, indiquer les débouchés possibles, ce que vous connaissez du marché de l'emploi et des possibilités d'évolutions : le métier visé est-il présent dans le bassin de l'emploi ? Comment allez-vous procéder pour trouver un emploi dans ce nouveau métier ? Dans quel secteur d'activité et dans quel type d'entreprise (association, autre administration...) pensez-vous l'exercer ? Quelles seront les évolutions possibles ?...

Pour une création d'entreprise : avez-vous réalisé des études préalables (lieu d'installation, études de marché, ...) ? Quel statut envisagez-vous pour la création de votre entreprise, quelles démarches avez-vous effectuées auprès des différents organismes ?

JE SOUSSIGNÉ(E)

autorise en toute connaissance de cause l'ANFH à utiliser mes données personnelles sensibles lorsque cela s'avère nécessaire dans le cadre du traitement de mon dossier CFP OUI NON

FAIT À

SIGNATURE

LE

A06 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION ET FRAIS ANNEXES

- Le droit est ouvert lorsque la formation se déroule **hors de la commune du lieu de la résidence administrative ou hors de celle de la résidence familiale**. Sont considérées comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale. Ce droit est ouvert seulement pendant la période indemnisée.
- La prise en charge de ces frais n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial.
- **Le dossier sera étudié selon les conditions de votre délégation**, n'hésitez pas à contacter votre délégation pour les obtenir.
- Dans l'éventualité d'un accord de prise en charge, **des justificatifs vont seront demandés pour le remboursement** éventuel de vos frais de transport, d'hébergement et de restauration.

**ATTENTION
SI VOUS NE
REMPLISSEZ PAS LA
RUBRIQUE A06,
IL SERA CONSIDÉRÉ
QUE VOUS NE
SOLLICITEZ AUCUNE
PRISE EN CHARGE DE
CES FRAIS.**

Aurez-vous des périodes de stage ? OUI NON LIEU(X) DE STAGE(S) :

Si OUI complétez **les renseignements concernant le(s) stage(s) dans les tableaux transport, hébergement et restauration**

TRANSPORT (compléter uniquement le (ou les) moyen(s) de transport utilisés)

Vous demandez une prise en charge de vos déplacements OUI NON JOINDRE DEVIS

| | FORMATION | | STAGE (si connaissance du lieu) | |
|---|---|----------------------|---------------------------------|----------------------|
| | Lieu de départ | Lieu d'arrivée | Lieu de départ | Lieu d'arrivée |
| | Nombre <i>(pour la totalité de la durée de la formation)</i> | Prix unitaire | Nombre | Prix unitaire |
| Billet SNCF (2e classe) : coût du billet aller-retour plein tarif | | | | |
| Abonnement hebdomadaire | | | | |
| Abonnement mensuel | | | | |
| Autres (à préciser) | | | | |
| Avion (pour DOM-TOM - Corse - base économique) | | | | |
| Bateau (pour Corse...) | | | | |
| Véhicule personnel nombre de kms pour un aller-retour (Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2e classe) | | | | |

REMARQUE IMPORTANTE Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de souscrire une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur.

CADRE RÉSERVÉ

HÉBERGEMENT

Vous demandez une prise en charge d'un hébergement OUI NON JOINDRE DEVIS

| | FORMATION | | STAGE (si connaissance du lieu) | |
|---|----------------------|--|---------------------------------|--|
| | Lieu de départ | Lieu d'arrivée | Lieu de départ | Lieu d'arrivée |
| | Nombre | Prix unitaire de la nuitée /Montant du Loyer Mensuel | Nombre | Prix unitaire de la nuitée /Montant du Loyer Mensuel |
| En centre d'hébergement (nbre de nuitées) | | | | |
| Hors centre hébergement (hôtel-gîte...) (nbre de nuitées) | | | | |
| Location en cas de double résidence (nbre de mois) | | | | |

CADRE RÉSERVÉ

RESTAURATION

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| Vous demandez une prise en charge de repas | OUI | NON | JOINDRE DEVIS |
| Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ? | OUI | NON | |
| Si OUI | <input type="checkbox"/> MIDI seulement | <input type="checkbox"/> MIDI ET SOIR | <input type="text" value="COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF"/> |
| | | | € |
| SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE) | | | € |

| | FORMATION | | STAGE (si connaissance du lieu) | |
|------|-----------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | Lieu | | Lieu | |
| | Nombre | Prix unitaire | Nombre | Prix unitaire |
| MIDI | | | | |
| SOIR | | | | |

FRAIS ANNEXES La prise en charge se fera **exclusivement sur présentation de justificatifs**. Cette prise en charge n'est **pas systématique** et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial (CT) de la délégation ANFH. (Frais annexes : demande de matériel spécifique en lien avec la formation (exemple : mallette de cuisine ou outillage spécifique), fournir attestation de l'organisme de formation et devis préalable).

PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :

A 07 | ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Dans l'éventualité d'un accord, il vous appartiendra de signer avec l'organisme de formation la convention de formation professionnelle. Celle-ci vous engage personnellement à son égard.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur la présente demande. Toute fausse déclaration entraînera systématiquement la nullité de l'éventuelle décision de financement et impliquera le remboursement de toutes les sommes versées par l'ANFH. Je m'engage, en outre, à tenir l'ANFH informée de tous changements qui interviendraient dans le financement de ma formation, dans ma situation administrative et dans mon adresse.

FAIT À

LE

SIGNATURE

CADRE RÉSERVÉ

ATTENTION
TOUT RÉSULTAT
D'ADMISSION OU DE
REFUS DE LA PART DE
L'ORGANISME DE
FORMATION DEVRA
ÊTRE COMMUNIQUÉ
DANS LES MEILLEURS
DÉLAIS

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

B

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

B 02 | AUTORISE L'AGENT

NOM

PRÉNOM

NOM DE NAISSANCE

GRADE

MÉTIER

SERVICE

VILLE D'EXERCICE DE L'ACTIVITÉ (si différente de B01)

STATUT (cocher la case)

TITULAIRE

STAGIAIRE

CONTRACTUEL

CATÉGORIE

A

B

C

À LA DATE DE LA MISE EN CFP (cocher la case)

TEMPS PLEIN

TEMPS PARTIEL

(%)

Ancienneté au sein de la FPH (minimum 3 ans)

ANNÉES

(MOIS) À LA DATE DU DÉBUT DU CFP :

L'intéressé(e) a-t-il (elle) déjà bénéficié d'un ou plusieurs cfp indemnisé(s) ou non indemnisé(s) avant cette demande ? (cocher la case)

OUI

NON

INTITULÉ DES FORMATIONS DÉJÀ SUIVIES EN CFP
(y compris Bilan de compétences et VAE)

RÉGION DE L'ÉTABLISSEMENT
EMPLOYEUR

NB DE JOURS

ANNÉE

INDEMNISÉ (oui / non)

B 03 | À S'ABSENTER POUR SUIVRE LA FORMATION SUIVANTE

INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE DE L'ABSENCE

JOURS (NOMBRE DE JOURS D'ABSENCES AUTORISÉS POUR COURS, STAGE, EXAMEN, TRAVAIL PERSONNEL)

B 04 | DURÉE DU CFP

S'agit-il d'une formation (cocher la case) :

EN DISCONTINU, l'agent est absent partiellement quelques jours par semaine ou par mois

EN CONTINU, l'agent est complètement absent de l'établissement sauf éventuelles périodes d'interruption

L'autorisation d'absence pour formation peut inclure des périodes de cours, stage, examen et travail personnel.

En fonction des périodes pour lesquelles vous accordez l'absence, indiquer dans le tableau ci-dessous, le nombre de jour réels d'absence autorisés par mois (hors RH). «

| année | | mois | | | | | | | | | | | | TOTAL | Dont COURS | Dont STAGE | Dont EXAMEN | Dont TRAV PERS. |
|----------------------|--|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|------------|------------|-------------|-----------------|
| | | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUI | JUIL | AOU | SEP | OCT | NOV | DEC | | | | | |
| 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL GÉNÉRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

REMARQUE: le nombre de 30ème à prendre en compte pour le calcul du remboursement du salaire est (nombre de jours réels * 1.4) :

TOTAL TABLEAU B04 * 1,4 =

Sachant que l'indemnisation du CFP ne peut excéder douze mois, soit 360 jours pour l'ensemble de la carrière de l'agent. Toutefois si le cursus de formation suivi dure deux ans au moins à plein temps, cette durée peut être portée à vingt quatre mois, soit 720 jours, sans que la durée totale de l'ensemble des CFP (indemnisés ou non) n'excède trois ans.»

B 05 | ATTESTATION DE NON INSCRIPTION DE L'ACTION DE FORMATION DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE (COCHER LA CASE)

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL NE PEUT PAS RELEVER DU PLAN DE FORMATION

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL A ÉTÉ DEMANDÉE À L'ÉTABLISSEMENT MAIS REFUSÉE

QUE LA FORMATION SOLLICITÉE À TITRE INDIVIDUEL N'A PAS ÉTÉ DEMANDÉE AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

Dans le cas où la formation vise un métier de la fonction publique hospitalière et est diplômante/certifiante.

LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE

■ avoir refusé la prise en charge pour le motif suivant (cocher la case)

IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT CORRESPONDANT AU POSTE ENVISAGÉ

LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT

NE PAS AVOIR FORMULÉ DE DEMANDE EN PARALLÈLE SUR LES AUTRES FONDS MUTUALISÉS DE L'ANFH (FMEP,...)

Précisez

AUTRE (Précisez)

■ avoir informé l'agent qu'aucune possibilité d'emploi n'est prévue. En conséquence, l'agent a pris acte qu'il ne pourra prétendre obtenir la promotion souhaitée dans son établissement, à moins d'une vacance de poste inopinée qui n'aurait pu être prévue dans le cadre de la gestion prévisionnelle des effectifs. Dans cette perspective, il est invité à rechercher un poste correspondant à ses nouvelles compétences dans un autre établissement, afin de réaliser sa promotion par la voie d'une mobilité externe.

B 06 | INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DE L'INDEMNITE AU MOMENT DE LA MISE EN CFP

| | | |
|---|------------------------|---------------------|
| STATUT (cocher la case) | TITULAIRE OU STAGIAIRE | CONTRACTUEL |
| INDICE MAJORÉ | TEMPS DE TRAVAIL | % |
| INDEMNITÉ DE RÉSIDENCE | € | SUPPLÉMENT FAMILIAL |
| | | € |
| TAUX CHARGE PATRONALE TRANSPORT (pour les titulaires, stagiaires et contractuels) | | % |
| TAUX CHARGE PATRONALE ACCIDENT DE TRAVAIL (uniquement pour les contractuels) | | % |

ATTENTION JOINDRE OBLIGATOIREMENT UNE COPIE DU DERNIER BULLETIN DE SALAIRE**B 07 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

| | |
|---------------------------|-------------------|
| FAIT À | LE |
| CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT | NOM DU SIGNATAIRE |
| | SIGNATURE |

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

NB : L'établissement employeur s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

C

À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

Pour pouvoir être financée la formation doit être dispensée par un organisme datadocké ou certifié Qualiopi.

Ce dossier constitue une demande de financement et non une inscription officielle dans votre centre. **Merci de remplir ce dossier avec précision.**

NOM – PRÉNOM DE L'AGENT

C01 | IDENTIFICATION

NOM OU RAISON SOCIALE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

ADRESSE DE CORRESPONDANCE (à compléter si besoin)

CODE POSTAL

VILLE

N° D'ACTIVITÉ AU TITRE DE LA FORMATION CONTINUE EN COURS DE VALIDITÉ (**obligatoire**)

N° DE SIRET (obligatoire)

L'ORGANISME EST :

RÉFÉRENCÉ DATADOCK

Date de validation Datadock :

CERTIFIÉ QUALIOPi

Certificateur ou instance de labellisation :

Numéro du certificat :

Date de début de validité de certification :

date de fin :

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

E-MAIL

C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ

LIEU(X) DE FORMATION

OBJECTIFS DE LA (DES) FORMATION(S) - **JOINDRE LE PROGRAMME DÉTAILLÉ**

ATTENTION
JOINDRE
OBLIGATOIREMENT
LE CERTIFICAT EN
CAS DE
CERTIFICATION
QUALIOPi

ATTENTION
JOINDRE
IMPÉRATIVEMENT
LE PROGRAMME
DÉTAILLÉ
MENTIONNANT
LES MOYENS
PÉDAGOGIQUES,
TECHNIQUES ET
D'ENCADREMENT

C 03 | CONDITIONS D'ADMISSION DU CANDIDAT (COCHER LES CASES)

| | | |
|----------------------------|-------------------------|---------------|
| CONTRÔLE DES CONNAISSANCES | ADMISSION PAR ENTRETIEN | |
| CONCOURS | ADMISSION SUR DOSSIER | BILAN OU TEST |
| AUCUNE CONDITION | AUTRES | |

DÉCISION D'ADMISSION

| | |
|------------|-----------------------------|
| ADMIS | DATE D'ADMISSION |
| EN ATTENTE | DATE PROBABLE DES RÉSULTATS |

Merci de communiquer ces résultats dès que possible à l'ANFH.

C 04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

01 DIPLOME DÉLIVRÉ PAR UN MINISTÈRE OU CERTIFICATION PROFESSIONNELLE INSCRITE AU RNCP (répertoire national des certifications professionnelles),
 SOUS LE NUMÉRO : _____ DATE D'EXPIRATION : _____
 Précisez l'intitulé du diplôme/titre/certification : _____

02 FORMATION CERTIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (exemple : titre ou CQP (Certificat de qualification professionnelle)) :

03 AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION OU SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE :

C 05 | NIVEAU VISÉ À L'ISSUE DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

- 01 NIVEAU 1 : SAVOIRS DE BASE
- 02 NIVEAU 2 : 1ER NIVEAU DE MAÎTRISE DE COMPÉTENCES RELATIVES À L'EXERCICE D'UN MÉTIER
- 03 NIVEAU 3 : CAP (EX NIVEAU V)
- 04 NIVEAU 4 : BAC (EX NIVEAU IV)
- 05 NIVEAU 5 : BAC+2, DUT, BTS (EX NIVEAU III)
- 06 NIVEAU 6 : LICENCE, MASTER 1 (EX NIVEAU II)
- 07 NIVEAU 7 : MASTER 2 (EX NIVEAU I)
- 08 NIVEAU 8 : DOCTORAT
- SANS NIVEAU SPÉCIFIQUE

C 06 | DÉROULÉ DE LA FORMATION (LE CFP DOIT DURER 10 JOURS MINIMUM)

DATE DE DÉBUT _____ DATE DE FIN _____

LA FORMATION EST-ELLE **DISPENSÉE EN TOUTE OU PARTIE EN FOAD** ? OUI NON

| | PRÉSENTIEL | FOAD | TOTAL |
|---------------------------|------------|------|-------|
| NOMBRE DE JOURS DE COURS | | | |
| NOMBRE DE JOURS D'EXAMENS | | | |
| NOMBRE DE JOURS DE STAGES | | | |
| TOTAL | | | |

LA FORMATION NÉCESSITE-T-ELLE DES **JOURS DE TRAVAIL PERSONNEL** OUI NON
 (ex : révision, rédaction de mémoire..) en dehors des jours de formation (à remplir uniquement si nécessite une absence sur temps de travail) ?

SI OUI PRÉCISEZ LA NATURE DES TRAVAUX DEMANDÉS DANS LE CADRE DU TRAVAIL PERSONNEL :

LE TEMPS DE TRAVAIL PERSONNEL NÉCESSAIRE _____ NBRE HEURES soit _____ NBRE JOURS

DOCUMENT À JOINDRE POUR LA FOAD : protocole individuel précisant la nature des travaux demandés aux stagiaires et le temps estimé pour les réaliser, les modalités de suivi et d'évaluation spécifiques aux séquences en FOAD, les moyens d'organisation, d'accompagnement ou d'assistance, pédagogiques et techniques, mis à disposition du stagiaire.

C 07 | RYTHME DE LA FORMATION

Indiquer impérativement les **PÉRIODES D'INTERRUPTION** de la formation :

RÉPARTITION HEBDOMADAIRE

Nb d'heures de formations par semaine :

| JOURS | L | M | M | J | V | S | D |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| HORAIRE MATIN | | | | | | | |
| HORAIRE APRÈS-MIDI | | | | | | | |
| TOTAL HEURES/JOUR | | | | | | | |

Joindre le calendrier détaillé de la formation (incluant cours, stage, FOAD, Examen, travail personnel) ou compléter le tableau suivant :

| | | mois | | | | | | | | | | | | TOTAL | Dont COURS | Dont STAGE | Dont EXAMEN | Dont TRAV PERS. |
|----------------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|------------|------------|-------------|-----------------|
| | | JAN | FEV | MAR | AVR | MAI | JUI | JUIL | AOU | SEP | OCT | NOV | DEC | | | | | |
| année | 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL GÉNÉRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

C 08 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS

COÛT DE FORMATION € et coût horaire : €/h

Montant des frais de formation par année selon le tarif établi à la date de constitution du dossier et facturable à l'intéressé(e).
(Coût en vigueur pour la durée de la formation).

| | DATE DE DÉBUT | DATE DE FIN | |
|---|---------------|-------------|-------|
| 1 ^{ÈRE} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | | | € TTC |
| 2 ^{ÈME} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | | | € TTC |
| 3 ^{ÈME} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | | | € TTC |
| 4 ^{ÈME} ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION | | | € TTC |
| COÛT TOTAL DE LA FORMATION | | | € TTC |
| AUTRES COÛTS (non compris dans total formation), à détailler ci-dessous | | | |
| inscription | | | € TTC |
| Documentation (joindre une liste) | | | € TTC |
| Matériel (joindre une liste) | | | € TTC |
| SOUS-COÛT TOTAL DE LA FORMATION : | | | € TTC |

C 09 | HÉBERGEMENT – REPAS

L'agent aura-t-il la possibilité de

BÉNÉFICIER D'UN HÉBERGEMENT RATTACHÉ À L'ORGANISME DE FORMATION

Précisez le coût unitaire:

PRENDRE SES REPAS DANS UN RESTAURANT ADMINISTRATIF OU UNIVERSITAIRE :

MIDI

SOIR

Précisez le coût unitaire:

IMPORTANT

LA CONVENTION DE FORMATION CONCLUE ENTRE L'AGENT ET L'ORGANISME N'ENGAGE PAS L'ANFH. LE SIGNATAIRE ATTESTE DE LA SINCÉRITÉ DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR LE PRÉSENT DOCUMENT, ET S'ENGAGE :

- À FOURNIR, **MENSUELLEMENT ET EN FIN DE FORMATION, LES ATTESTATIONS DE PRÉSENCE EN TROIS EXEMPLAIRES** : L'UNE AU STAGIAIRE, LA SECONDE À L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR, ET LA TROISIÈME À L'ANFH,
- SUR **LE DEVIS FERME ET DÉFINITIF INDIQUANT LE COÛT DE LA FORMATION** DÉFINI CI-DESSUS,
- ET À CONCLURE AVEC L'AGENT **LA CONVENTION DE FORMATION EN CONFORMITÉ** AVEC LES ÉLÉMENTS DE COÛTS ET DE DURÉE INDIQUÉS CI-DESSUS.

NOM

FONCTION

TÉLÉPHONE

POSTE

FAIT À

LE

SIGNATURE

CACHET DE L'ORGANISME

Les informations collectées par l'ANFH, directement auprès de vous via ce formulaire, font l'objet d'un traitement de données ayant pour finalité la gestion de votre demande de prise en charge financière de votre congé CFP. Le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de l'ANFH de réaliser son activité en tant que gestionnaire du dispositif CFP (Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ; Décret n°2006-1685 du 22 décembre 2006 version en vigueur). L'ensemble des informations sont obligatoires et nécessaires pour analyser votre demande. A défaut, l'ANFH ne sera pas en mesure d'analyser votre dossier. Ces informations sont à destination de personnes habilitées de l'ANFH et des autorités publiques concernées, et seront conservées pendant 10 ans à compter de l'exercice du dernier paiement et 2 ans à compter de l'exercice du refus de financement.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer à tout moment au traitement des données vous concernant. Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre courrier RAR au DPD de l'ANFH, 265 Rue de Charenton, 75012 Paris, ou à l'adresse email du DPD protectiondesdonnees@anfh.fr. Nous vous recommandons de joindre la copie d'une pièce d'identité.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr).

NB : L'organisme de formation s'engage à respecter le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel (dit « RGPD ») et la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'à toute réglementation applicable dans le cadre de la protection des données.

**CONTACTER
LES DÉLÉGATIONS ANFH**

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

ANFH AUVERGNE

Départements : 03 - 15 - 43 - 63
26, rue Le Corbusier
ZAC des Acilloux
63800 Cournon d'Auvergne
tél : 04 73 28 67 40
auvergne@anfh.fr
www.anfh.fr/auvergne

ANFH RHÔNE

Départements : 01 - 07 - 42 - 69
75 Cours Emile Zola
BP 22174
69603 Villeurbanne Cedex
tél: 04.72.82.13.20
rhone@anfh.fr
www.anfh.fr/rhone

ANFH ALPES

Départements : 26 - 38 - 73 - 74
26, rue Gustave Eiffel
CS 10632
38024 Grenoble Cedex 1
tél : 04 76 04 10 40
alpes@anfh.fr
www.anfh.fr/alpes

BOURGOGNEFRANCHE-COMTE

ANFH BOURGOGNE

Départements : 21 - 58 - 71 - 89
14, rue Nodot
BP 81574
21015 Dijon Cedex
tél. : 03 80 41 25 54
bourgogne@anfh.fr
www.anfh.fr/bourgogne

ANFH FRANCHE-COMTE

Départements : 25 - 39 - 70 - 90
9 Rue Jean-Baptiste Proudhon
25000 Besançon
tél: 03 81 82 00 32
franchecomte@anfh.fr
www.anfh.fr/franche-comte

ANFH BRETAGNE

Départements : 22 - 29 - 35 - 56
Le Magister
6, cours Raphaël-Binet
CS94332
35043 Rennes Cedex
tél : 02 99 35 28 60
bretagne@anfh.fr
www.anfh.fr/bretagne

ANFH CENTRE - VAL DE LOIRE

Départements : 18 - 28 - 36 - 37 - 41 - 45
7, rue Copernic
41260 La Chaussée-Saint-Victor
tél : 02 54 74 65 77
centre@anfh.fr
www.anfh.fr/centre

ANFH CORSE

Départements : 2A - 2B
Bât. C - parc du Belvédère
avenue de la Libération
20000 Ajaccio
tél. : 04 95 21 42 66
corse@anfh.fr
www.anfh.fr/corse

GRAND EST

ANFH ALSACE

Départements : 67 - 68
Immeuble «le Sébastopol»
5ème étage
3, quai Kléber
67000 Strasbourg
tél : 03 88 21 47 00
alsace@anfh.fr
www.anfh.fr/alsace

ANFH CHAMPAGNE-ARDENNE

Départements : 08 - 10 - 51 - 52
20, rue Simon
51723 Reims Cedex
tél : 03 26 87 78 20
champagneardenne@anfh.fr
www.anfh.fr/champagne-ardenne

ANFH LORRAINE

Départements : 54 - 55 - 57 - 88
7, rue Albert-Einstein
54320 Maxéville
tél. : 03 83 15 17 34
lorraine@anfh.fr
www.anfh.fr/lorraine

ANFH GUYANE

Départements : 973
Résidence Man'cia
1897 Route De Montjoly
97354 Remire Montjoly
tél. : 05 94 29 30 31
guyane@anfh.fr
www.anfh.fr/guyane

HAUTS DE FRANCE

ANFH NORD-PAS-DE-CALAIS

Départements : 59 - 62
Immeuble le nouveau siècle
2, place Pierre-Mendès-France
59000 LILLE
tél : 03 20 08 06 70
nordpasdecals@anfh.fr
www.anfh.fr/nord-pas-de-calais

ANFH PICARDIE

Départements : 02 - 60 - 80
Immeuble Le Pomerol
15, avenue d'Italie
80090 Amiens
tél : 03 22 71 31 31
picardie@anfh.fr
www.anfh.fr/picardie

ANFH ILE-DE-FRANCE

3-5 Rue Ferrus
75014 Paris
Tél.: 01 53 82 87 88
Fax: 01 53 82 82 39
iledefrance@anfh.fr
www.anfh.fr/ile-de-france

ANFH MARTINIQUE

Départements : 972
Immeuble Jamesby
Zone De Manhity
97232 Le Lamentin
tél: 05.96.42.10.60
martinique@anfh.fr
www.anfh.fr/martinique

NORMANDIE

ANFH BASSE-NORMANDIE

Départements : 14 - 50 - 61
Parc Athéna
1 Rue Andreï Sakharov
14280 Saint Contest
tél : 02.31.46.71.60
bassenormandie@anfh.fr

ANFH HAUTE-NORMANDIE

Départements : 27 - 76
85 A, rue Jean-Lecanuet
76107 Rouen Cedex
tél : 02 32 08 10 40
hautenormandie@anfh.fr

NOUVELLE AQUITAINE

ANFH AQUITAINE

Départements : 24 - 33 - 40 - 47 - 64
232, avenue du Haut-Lévêque
CS 40031
33615 Pessac Cedex
tél : 05 57 35 01 70
aquitaine@anfh.fr
www.anfh.fr/aquitaine

ANFH LIMOUSIN

Départements : 19 - 23 - 87
17, rue Columbia
Parc Ester Technopole
87068 Limoges cedex
tél : 05 55 31 12 09
limousin@anfh.fr
www.anfh.fr/limousin

ANFH POITOU-CHARENTES

Départements : 16 - 17 - 79 - 86
22, rue Gay-Lussac
BP 40951
86038 Poitiers Cedex
tél : 05 49 61 44 46
poitoucharentes@anfh.fr
www.anfh.fr/poitou-charentes

OCCITANIE

ANFH LANGUEDOC-ROUSSILLON

Départements : 11 - 30 - 34 -48 - 66
Immeuble Le Fahrenheit
ZAC Hippocrate
120, av. Nina-Simone
34000 Montpellier
tél : 04 67 04 35 10
languedocroussillon@anfh.fr
www.anfh.fr/languedoc-roussillon

ANFH MIDI-PYRENEES

Départements : 09 - 12 - 31 - 32 - 46 - 65 - 81 - 82
Parc du Canal
1, rue Giotto
31520 Ramonville Saint-Agne
tél : 05 61 14 78 68
midipyrenees@anfh.fr
www.anfh.fr/midi-pyrenees

ANFH OCEAN INDIEN

Départements : 974 - 976
Les Ateliers Roquefeuil
11, Avenue De La Grande Ourse
97434 Saint-gilles-les-bains
tél. : 02 62 90 10 20
oceanindien@anfh.fr
www.anfh.fr/ocean-indien

ANFH PAYS DE LA LOIRE

Départements : 44 - 49 - 53 - 72 - 85
1, bd Salvador-Allende
Les Salorges II - CS 60532
44105 Nantes Cedex 4
tél : 02 51 84 91 20
paysdelaloire@anfh.fr
www.anfh.fr/pays-de-la-loire

ANFH

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Dép : 04 - 05 - 06 - 13 - 83 - 84
2, rue Henri Barbusse
CS 20297
13232 Marseille Cedex 1
tél : 04 91 17 71 30
provence@anfh.fr
www.anfh.fr/provence-alpes-cote-d-azur

SIÈGE NATIONAL

265, rue de Charenton
CS 51218
75578 PARIS Cedex 12
Tél: 01 44 75 68 00
Fax: 01 44 75 68 68
communication@anfh.fr
www.anfh.fr