DEMANDE DE PRISE EN CHARGE
ETUDES PROMOTIONNELLES et FORMATIONS QUALIFIANTES (FQ-CPF)

2021

(une fiche par agent accompagnée du dernier bulletin de salaire & de l'attestation d'admission)

ETABLISSEMENT :

Date de CTE : / / 20. **Avis :** ☐ **Favorable** ☐ **Défavorable** **Ordre de priorité du dossier :**

AGENT : Nom : Prénom :

Mobilisation CPF Compte personnel de formation ☐ **oui**

Nombre d'heures : ***(obligatoire)***

(Copie du contrat de travail si CDD)

Emploi/grade : **Report :** ☐ **oui** ☐ **non** **Liste principale :** ☐ **oui** ☐ **non**

Date d'admission (concours, VAE) : / / 20.. **N° modules (cursus partiel) :** **Redoublement :** ☐ **oui** ☐ **non**

INTITULE DE FORMATION :

☐ **Etude Promotionnelle** ☐ **Formation Qualifiante :** **Niveau → 1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5**☐ **6**☐

L'agent envisage une évolution professionnelle : ☐ **oui** ☐ **non** **N° RNCP :**

Date de début de scolarité : / / 2021 **Date de fin de scolarité :** / /

Nombre de mois : **Objectifs visés à l'issue de la formation :**

Organisme de formation : **N°SIRET :**

Numéro de déclaration d'activité : **N° Datadock :**

COUT ET REPARTITION : ⟶ *Consulter les modalités 2021*

Frais pédagogiques	Frais de déplacement	Frais de salaire	TOTAL
€ Devis organisme	€ Nombre de mois x 400€ (plafond)	€ Nombre de mois x forfait du grade	€

Pour les formations qualifiantes : le certificat, la qualification ou le diplôme visé est inscrit au RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles) **de niveau 1 à 6 nouvelle nomenclature (Décret n° 2019-14**).

Sur le CPF :

- Une qualification et certification dans le champ des métiers FPH
- Une formation diplômante ou qualifiante inscrite au Répertoire National de la Certification Professionnelle http://www.rncp.cncp.gouv.fr/ ou un titre inscrit à l'inventaire de la CNCP http://inventaire.cncp.gouv.fr
- Les formations de type« cléa » sont éligibles (cléa, la certification socle de connaissances et compétences professionnelles du Copanef)- http://www.certificat-clea.fr

L'établissement atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge par l'ANFH, certifie l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints.

Le Directeur de l'établissement : Cachet de l'établissement

Fait à : Le : / / Signature :