

FORMATION DIPLOMANTE, CERTIFIANTE ET QUALIFIANTE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE - A COMPLETER PAR L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

ÉTABLISSEMENT

NOM DE L'ETABLISSEMENT EMPLOYEUR : CODE ETABLISSEMENT :

PERSONNE A CONTACTER : Fonction :

Téléphone : E-Mail :

AGENT

NOM – PRENOM : GENRE : FEMININ MASCULIN

METIER EXERCE : GRADE :

Priorité

FILIERE : TECHNIQUE OUVRIERE SOCIALE ADMINISTRATIVE SOIGNANTE

Mobilisation de l'agent de son Compte Personnel de Formation : non - si oui nombre d'heures mobilisées :

FORMATION

INTITULE DE LA FORMATION :

ORGANISME LIEU DE LA FORMATION :

NUMERO DE SIRET : NUMERO DECLARATION D'ACTIVITE :

DATE DE DEBUT DE FORMATION DATE DE FIN DE FORMATION :

DATE DE CTE : AVIS CTE : FAVORABLE DEFAVORABLE

PROJET PROFESSIONNEL (QUE VA PERMETTRE L'OBTENTION DU DIPLOME ?)

.....

.....

.....

.....

.....

FRAIS

COUT	PEDAGOGIE	TRAITEMENT	DEPLACEMENT/HEBERGEMENT	TOTAL
2022				
2023				
2024				
2025				

A TRANSMETTRE IMPERATIVEMENT

- ➔ Convention de formation ou devis
- ➔ Dernier bulletin de salaire
- ➔ Projet professionnel
- ➔ Suivi par Séverine Rivière : s.riviere@anhf.fr

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

Le Directeur de l'établissement :

Fait à : Le:

Cachet de l'établissement et signature