Anfh
Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

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

RÉSERVÉ À L'ANFH

N°CFP .....

N°CT .....

A5

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.

A5

EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

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) ?

A5

EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL

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 .....

LE .....

SIGNATURE

A 06 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION ET FRAIS ANNEXES

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

■ 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 indemnisé.
■ 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.

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)

CADRE RÉSERVÉ

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

	FORMATION Lieu de départ ..... Lieu d'arrivée		**STAGE** (si connaissance du lieu) Lieu de départ ..... Lieu d'arrivée	
	Nombre *(pour la totalité de la durée de la formation)*	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.

HÉBERGEMENT

CADRE RÉSERVÉ

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

	FORMATION Lieu de départ ..... Lieu d'arrivée		**STAGE** (si connaissance du lieu) 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)				

RESTAURATION

CADRE RÉSERVÉ

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 ☐ MIDI seulement ☐ MIDI ET SOIR COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF €

SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE) €

	FORMATION Lieu		**STAGE** (si connaissance du 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 entrainera 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.

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

FAIT À LE

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@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).

Anfh
Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE (CFP)

B

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

B01 | L'ÉTABLISSEMENT

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉLÉPHONE E-MAIL

DOSSIER SUIVI PAR TÉLÉPHONE

B02 | 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)

B03 | 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 POURS 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). «

		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				

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'ETABLISSEMENT

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@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'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 règlementation applicable dans le cadre de la protection des données.

Anfh
Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

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

ATTENTION
JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE CERTIFICAT EN CAS DE CERTIFICATION QUALIOPI

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

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

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

C03 | 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.

C04 | SANCTION DE LA FORMATION (COCHER LES CASES)

01 ☐ DIPLÔME 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
HORAIRES MATIN							
HORAIRES APRÈS-MIDI							
TOTAL HEURES/JOUR							

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

année	mois JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUI	JUIL	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC	**TOTAL**	Dont COURS	Dont STAGE	Dont EXAMEN	Dont TRAV PERS.
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	
1ÈRE ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION		au		€ TTC
2ÈME ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				€ TTC
3ÈME ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				€ TTC
4ÈME 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 règlementation applicable dans le cadre de la protection des données.

La check-list du dossier complet

Avant de renvoyer votre dossier, vérifiez qu'il est correctement rempli et qu'il comprend toutes les pièces indispensables en cochant les rubriques suivantes :

➔ Volet A (complété par l'agent)

☐ cadre A06 – exposé détaillé de votre projet professionnel : si vous le souhaitez, vous pouvez joindre un document annexe rédigé de préférence sur ordinateur pour faciliter la lisibilité

☐ cadre A07 - estimation de vos frais de déplacement : transport – restauration – hébergement (se reporter au document joint dans le dossier « modalités de prise en charge »)

☐ date et signature

➔ Volet B (complété par l'établissement)

☐ cadre B02 - votre ancienneté dans la fonction publique hospitalière doit obligatoirement être indiquée

☐ cadre B05 - vérifier que le stage pratique indiqué dans le volet C - case C06 - a bien été pris en compte et formalisé dans l'autorisation d'absence

☐ cadre B10 - cachet et signature

➔ Volet C (complété par l'organisme)

⚠ **A compter du 1er janvier 2019, seuls les organismes de formation référencés sous DATADOCK seront financés par l'ANFH**

☐ cadre C06 – vérifier que le nombre de jours théoriques et pratiques (stage) sont bien indiqués

☐ cadre C10 – cachet et signature

A JOINDRE AU DOSSIER

- ☐ la photocopie de votre dernier bulletin de salaire
- ☐ le programme détaillé de la formation
- ☐ le calendrier détaillé de la formation

Nom : **Prénom :** **Signature :**

Le dossier complet est à envoyer en recommandé avec accusé de réception à :

ANFH Aquitaine
232 avenue du Haut Lévêque
CS 40031
33615 Pessac cedex 15

Anfh Aquitaine

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE D'UN FINANCEMENT DANS LE CADRE DES DISPOSITIFS INDIVIDUELS

BC (bilan de compétences) – VAE (validation des acquis de l'expérience)

CFP (Congé de Formation Professionnelle)

Frais d'enseignement

L'ANFH n'a aucun lien contractuel avec l'organisme.

Dans l'éventualité d'un accord de prise en charge, **il vous appartiendra de signer avec l'organisme de formation la convention de formation professionnelle**.

Les frais pédagogiques dus à l'organisme de formation, peuvent être réglés :

- soit directement par vous : ils vous seront alors remboursés sur production de l'original de la facture établie à votre nom, sur laquelle l'organisme aura obligatoirement porté la mention "Facture acquittée" et les références de votre paiement. Vous devrez impérativement joindre à cette facture les attestations de présence à la formation.

- soit directement par l'ANFH (Subrogation) : dans ce cas, vous devez en faire la demande expresse en retournant à l'ANFH, dûment complété, daté et signé, l'imprimé qui vous parviendra avec la délibération du Comité de Gestion Régional du CFP. Ainsi, lorsque l'organisme de formation vous adressera la facture libellée à votre nom, vous devrez la faire parvenir, dans les meilleurs délais, à l'ANFH, accompagnée des attestations de présence correspondant aux périodes facturées.

Il n'y a pas de prise en charge du matériel professionnel.

Frais de transport - repas – hébergement

Ce droit est ouvert lorsque la formation **se déroule hors de la commune du lieu de la résidence administrative et hors de la résidence familiale** (sont considérés comme constituant une seule et même commune, les communes faisant partie d'une même agglomération urbaine multi communale).

REPAS	**sans hébergement le soir**	**avec hébergement le soir** (hôtel ou location)
Si restaurant administratif le midi*	8,75 € sans justificatif	Forfait mensuel national: 280 € Forfait quotidien: 14 €
Sans restaurant administratif le midi	12 € sans justificatif	Forfait mensuel: 380 € Forfait quotidien: 19 €

* Restaurant administratif : cantine, self, restaurant universitaire ....

ANFH – 232 avenue du Haut Lévêque – CS 40031 – 33600 Pessac Cedex
m.ould-yaou@anfh.fr

HEBERGEMENT	
Hôtel	Décret avec dégressivité des nuitées*
Location (fournir le bail de location)	Remboursement sur présentation de la quittance avec des montants maximum : 600 € / province 700 € / grande ville 900 € / Paris

En cas de location, l'agent sera en mesure de produire à tout moment un justificatif prouvant la réalité de la double résidence (quittance loyer du logement familial, facture EDF – Gaz, …)

Dégressivité nuit hôtel*	Province	Grandes villes* et communes du Grand Paris	Paris
Du 1er au 10ème jour	70,00 €	90,00 €	110,00 €
Du 11ème au 30ème jour	63,00 €	81,00 €	99,00 €
Du 31ème au 60ème jour	56,00 €	72,00 €	88,00 €
A partir du 61ème jour	42,00 €	54,00 €	66,00 €

*Grande des villes : population supérieure ou égale à 200.000 habitants

TRANSPORT
➢ Utilisation véhicule : prise en charge de la différence des km par rapport au trajet habituel (domicile/travail) sur la base abonnement SNCF 2e classe : - formation en continue sans hébergement : 1 A/R par jour - formation en discontinue : 1 A/R par session ou par jour si pas d'hébergement - ➢ Prise en charge des transports en commun (bus, tramway, métro, …) ➢ Si location : prise en charge d'un A/R mensuel

Frais de traitement

Une indemnité mensuelle forfaitaire est versée à l'agent par son employeur. Elle est égale à 85% de l'indice majoré (plafonné à l'indice brut 650) augmentée du supplément familial et de l'indemnité de résidence **mais à l'exclusion de toute autre prime (indemnité, NBI ou CTI)**. Elle est arrêtée au moment du départ en formation et n'est pas revalorisée en cas de hausse générale des traitements.

Pour les agents de catégorie C **uniquement** ce taux est porté à 100 % pendant une période n'excédant pas douze mois par une prise en charge complémentaire par le Fonds Emploi Hospitalier (FEH).