

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). «

		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'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.