

**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 régionale ANFH chargée de l'instruction du dossier **sous pli recommandé avec accusé de réception**.

Tous les renseignements demandés sont indispensables, pour favoriser l'accord de financement, il importe de le remplir avec soin.

Un dossier incomplet ne sera pas instruit par le comité chargé d'attribuer les financements. Pour connaître les dates de réunions du Comité de gestion régional (CGR) et la politique régionale, consulter le site de la délégation régionale ANFH (voir au verso).

Le CGR 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.

→ Il faut compter un délai d'environ 6 mois entre la constitution d'un dossier de CFP et la décision du Comité de gestion régional (CGR) de l'ANFH.

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

[www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnel-cfp](http://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.

## LES CONDITIONS D'ACCÈS

Pour prétendre à un CFP, l'agent doit :

**Etre en position d'activité.**

**Justifier de 3 années de services d'ancienneté** dans la fonction publique hospitalière.

**Choisir une action de formation** dispensée par un organisme 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°CGR

#### A 01 | IDENTITÉ (écrire en lettres majuscules)

NOM PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL COMMUNE

TÉLÉPHONE MOBILE TÉLÉPHONE FIXE

E-MAIL (écrire en lettres majuscules)

N° SÉCURITÉ SOCIALE (10 premiers chiffres)

Co-financement FIPHFP : êtes-vous en situation de handicap?  OUI  NON

Si oui, veuillez remplir l'Attestation d'éligibilité pour les formations des agents handicapés (merci de vous reporter à la rubrique A09)

#### A 02 | SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM DE VOTRE ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR ANCIENNETÉ DANS LA FPH

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

ENTOUREZ LES DIPLÔMES OBTENUS	INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS	INDIQUEZ LA OU LES SPÉCIALITÉS
I MASTER 2 DOCTORAT – INGÉNIEUR		IV BP – BAC – BT
II LICENCE – MASTER 1		V BEP – CAP – CFPA
III BTS – DUT – DEUST		VI 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

## A 05 | 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

## A 06 | EXPOSÉ DÉTAILLÉ DE VOTRE PROJET PROFESSIONNEL (obligatoire – écriture lisible)

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

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.

## REPLIR LA TRAME DE MOTIVATIONS

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 ?

## A 07 | FRAIS DE TRANSPORT, D'HÉBERGEMENT ET DE RESTAURATION

- 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 de Gestion Régional.
- Le dossier sera étudié selon les conditions de votre délégation.

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

LIEU DE DÉPART	LIEU D'ARRIVÉE
NOMBRE D'ALLER-RETOUR ENVISAGÉ PENDANT LA PÉRIODE INDEMNISÉE	
<input type="checkbox"/> SNCF (2 <sup>E</sup> CLASSE) : COÛT DU BILLET ALLER-RETOUR PLEIN TARIF	€
SI ABONNEMENT, PRÉCISER LE COÛT :	
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT HEBDOMADAIRE	€
<input type="checkbox"/> ABONNEMENT MENSUEL	€
<input type="checkbox"/> AUTRES (À PRÉCISER)	
VÉHICULE PERSONNEL NOMBRE DE KMS POUR UN ALLER-RETOUR (Attention : le remboursement se fait sur la base du tarif kilométrique SNCF 2 <sup>e</sup> classe)	km
<input type="checkbox"/> AVION (pour DOM-TOM - base économique)	€

**REMARQUE IMPORTANTE** Si vous êtes contraint, faute de transport en commun, d'utiliser votre véhicule personnel, il vous appartient de faire établir, un ordre de mission à la direction de votre établissement, précisant les périodes de déplacement et une attestation d'assurance garantissant d'une manière illimitée, votre responsabilité personnelle, ou bien une attestation par laquelle vous reconnaissez être votre propre assureur (cf art. 33 du décret n° 92-566 du 25/05/92).

Aurez-vous des périodes de stage ?  OUI  NON LIEU DE STAGE :

### HÉBERGEMENT

<input type="checkbox"/> EN CENTRE D'HÉBERGEMENT (FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION)			
<input type="checkbox"/> HORS CENTRE D'HÉBERGEMENT (HÔTEL, GÎTES...)	NB DE NUITÉES	COÛT DE LA NUITÉE	€
<input type="checkbox"/> LOCATION (EN CAS DE DOUBLE RÉSIDENCE)	NB DE MOIS	MONTANT DU LOYER MENSUEL	€

### RESTAURATION

<input type="checkbox"/> MIDI	NB DE REPAS	<input type="checkbox"/> SOIR	NB DE REPAS
Avez-vous la possibilité de prendre vos repas dans un restaurant administratif ou universitaire ?		<input type="checkbox"/> OUI (MIDI SEULEMENT / MIDI ET SOIR)	<input type="checkbox"/> NON
COÛT DU REPAS DANS CE RESTAURANT ADMINISTRATIF			€
SINON, TARIF À PRENDRE EN COMPTE (PLAFONNÉ SELON RÈGLE FONCTION PUBLIQUE)			€

**FRAIS ANNEXES (SUR JUSTIFICATIFS)** Cette prise en charge n'est pas systématique et est laissée à l'appréciation du Comité Territorial (CT) de la délégation ANFH.

PRÉCISER LA NATURE ET LE COÛT :

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	
<div style="border: 1px dashed black; height: 40px;"></div>	

L'intéressé(e) a fourni librement ces informations. Il peut y accéder et les faire rectifier. L'ANFH s'engage à les protéger contre toute divulgation n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation (art 27 et 29 – loi du 6/01/78 informatique et libertés).

**ATTENTION**  
SI VOUS NE REMPLISSEZ PAS LA RUBRIQUE **A07**, IL SERA CONSIDÉRÉ QUE VOUS NE SOLICITEZ AUCUNE PRISE EN CHARGE DE CES FRAIS.

**CADRE RÉSERVÉ**

**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

## A 08 | FIPHFP/ANFH – ATTESTATION D'ÉLIGIBILITE POUR LES FORMATIONS À DESTINATION DES AGENTS HANDICAPÉS

Êtes-vous en situation de handicap ?

OUI  NON

JE SOUSSIGNÉ(E)

Agent de l'établissement

Atteste détenir les pièces justificatives obligatoires d'éligibilité.

FAIT À

LE

SIGNATURE

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE COPIE DE  
LA NOTIFICATION DE  
D'ÉLIGIBILITÉ DANS LE  
CADRE DU FIPHFP

Bénéficiaire du financement de l'action de formation liée à la reconversion, conformément au décret n°2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. L'agent tient à disposition de l'ANFH, les pièces justificatives attestant de son appartenance à l'une des catégories de bénéficiaires mentionnées ci-dessous. En cas de contrôle, nous serions amenés à vous demander les pièces justifiant de votre situation.

### LISTE DES BÉNÉFICIAIRES ELIGIBLES AU CO-FINANCEMENT FIPHFP/ANFH DES ACTIONS DE FORMATION

Les travailleurs, reconnus handicapés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap mentionnées à l'article L.146-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égal à 10p 100 et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection obligatoire.

Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

Les bénéficiaires mentionnés à l'article L.394 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;

Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés ;

Les agents qui ont été reclassés en application de l'article 63 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, des articles 81 à 85 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ou des articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 ;

Les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité en application de l'article 65 de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 précitée, de l'article L.417\_8 du code des communes, du paragraphe III de l'article 119 de la loi N°84-53 du 26 janvier 1984 précitée ou de l'article 80 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 précitée ; Tout agent ne possédant pas l'une de ces qualités mais ayant été reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par le comité médical et pour lequel un maintien dans l'emploi est proposé par le médecin du travail ou de prévention au moyen d'une adaptation du poste de travail.

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE

# B

## À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

### B 01 | L'ÉTABLISSEMENT

#### NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

E-MAIL

EFFECTIF RÉMUNÉRÉ AU 31.12.20\_\_

SOIT EN ÉQUIVALENT PLEIN

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

POSTE

### B 02 | AUTORISE L'AGENT

NOM

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

GRADE

FONCTION

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), c'est à dire dans les établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 09/01/1986**

ANNÉES

(MOIS) APPRÉCIÉ 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)

Votre agent est-il en situation de handicap ? (cocher la case)  OUI  NON

Relève-t-il du régime de co-financement FIPHFP-ANFH ? (cocher la case)  OUI  NON

Si oui, y a-t-il eu une demande au titre du FIPHFP ? (cocher la case)  OUI  NON

Si non, pourquoi n'y a-t-il pas eu de demande ?

L'agent est-il en arrêt maladie / CLM / CLD ? (cocher la case)  OUI  NON

Si oui, à quelle date est prévue la réintégration de l'agent :

Relève-t-il du régime de co-financement FIPHFP-ANFH ? (cocher la case)  OUI  NON

(consulter la liste des bénéficiaires éligibles dans la partie téléchargement : [www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnelle-cfp](http://www.anfh.fr/le-conge-de-formation-professionnelle-cfp))

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

#### INTITULÉ

ORGANISME DE FORMATION

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

DURÉE TOTALE (1) HORS RH

(1) JOURS DE FORMATION THÉORIQUE ET STAGES PRATIQUES, NOMBRE DE JOURS GLOBAL INCLUANT STAGES, EXAMEN...

## B 04 | DÉTAIL DES JOURS À INDEMNISER

Dans le cas d'une formation (cocher la case)

EN DISCONTINU, LES REPOS HEBDOMADAIRES (RH) ET JOURS FÉRIÉS DOIVENT ÊTRE INCLUS AU PRORATA DE LA DURÉE TOTALE D'ABSENCE

EN CONTINU: EXCLURE LES CONGÉS ANNUELS, S'ILS SONT PRIS DANS LA PÉRIODE DU CFP

année		mois												A total de 1 à 12	B = A x 0,4 nb de RH à inclure*	C total de A + B
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12			
20_																
20_																
20_																
20_																
20_																

\* Uniquement dans le cadre des formations discontinues

Points importants : l'unité minimale de décompte est la demi-journée / chaque mois complet comptabilise 30 trentièmes.

## B 05 | ET DEMANDERA, SOUS RÉSERVE DE L'ACCORD DU COMITÉ DE GESTION DU CFP, LE REMBOURSEMENT DE L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE

DATE DE DÉBUT

DATE DE FIN

POUR UNE DURÉE DE

jours (1 jour = 1/30ème de mois)

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.

Il sollicitera, en cas d'accord du Comité de gestion régional (CGR), le remboursement de cette indemnité mensuelle forfaitaire pendant la période sus-visée sur présentation d'une attestation mensuelle de présence effective établie par l'organisme formateur.

## B 06 | 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

Merci de préciser le motif du refus :

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

## B 07 | ÉTUDE PROMOTIONNELLE

■ Dans le cas où la formation envisagée relève de l'arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'Études promotionnelles.

### LE DIRECTEUR SOUSSIGNÉ CERTIFIE

■ avoir refusé la prise en charge au titre des Études promotionnelles pour le motif suivant (cocher la case)

IL N'Y A PAS DE POSTE VACANT DANS LES TROIS ANS CORRESPONDANT À L'ÉTUDE PROMOTIONNELLE ENVISAGÉE

LA FONCTION N'EXISTE PAS DANS L'ÉTABLISSEMENT

Y A-T-IL EU UNE DEMANDE AU TITRE DES FONDS MUTUALISÉS EP ?

AUTRE <sup>(1)</sup>

### (1) S'il s'agit d'un motif d'ordre financier, merci de préciser vos orientations ou vos engagements pour les années à venir en matière d'études promotionnelles.

■ 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 08 | INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DE L'INDEMNITÉ (appréciées au moment de la mise en CFP)**

INDICE NOUVEAU MAJORÉ		
TRAITEMENT MENSUEL BRUT INDICIAIRE (À L'EXCLUSION DE TOUTE PRIME ET INDEMNITÉ)	<b>A</b>	€
INDEMNITÉ RÉSIDENCE	<b>B</b>	€
	<b>D</b>	€
	<b>E</b>	€
	<b>F</b>	€
SUPPLÉMENT FAMILIAL	<b>G</b>	€
	<b>H</b>	€
		€
		€

Le montant mensuel «D» de cette indemnité ne peut excéder celui du traitement brut et de l'indemnité de résidence afférents à l'indice brut 650 d'un agent en fonction à Paris

**B 09 | DÉTAIL DES CHARGES PATRONALES – TITULAIRE OU STAGIAIRE**

Les charges patronales sont uniquement les charges obligatoires versées à l'URSSAF et à la CNRACL ou IRCANTEC selon les taux en vigueur au moment de la prise en charge (circulaire n°DHOS/RH4/2010/57 du 11 février 2010 relative à la mise en œuvre du congé de formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière).

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE  
COPIE DU DERNIER  
BULLETIN DE SALAIRE

**CHARGES PATRONALES MENSUELLES**

Calculées sur le traitement brut d'activité et non sur l'indemnité – l'assiette est le dernier traitement indiciaire brut (hors NBI) perçu avant la date du début de congé.

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF - transport			

**B 10 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

FAIT À	LE	NOM DU SIGNATAIRE
CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT	SIGNATURE	
<div style="border: 1px dashed black; height: 50px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px dashed black; height: 50px; width: 100%;"></div>	

**L'AGENT A LE STATUT « CONTRACTUEL », VEUILLEZ TOURNER LA PAGE SVP**

**B 11 | DETAIL DES CHARGES PATRONALES – CONTRACTUEL**

Calculées sur l'indemnité majorée du supplément familial pour l'URSSAF = F+G du B08 – calculées sur l'indemnité seule pour l'IRCANTEC = F du B08

**ATTENTION**  
JOINDRE UNE  
COPIE DU DERNIER  
BULLETIN DE SALAIRE.

NATURE DE LA CHARGE	ASSIETTE	TAUX	MONTANT
URSAFF – transport			
URSAFF – accident du travail			

**B 12 | LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT**

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

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGÉ DE FORMATION PROFESSIONNELLE

# C

## À COMPLÉTER PAR L'ORGANISME DE FORMATION

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

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

N° D'ENREGISTREMENT DATADOCK (obligatoire)

N° DE SIRET (obligatoire)

STATUT JURIDIQUE

DOSSIER SUIVI PAR

TÉLÉPHONE

E-MAIL

### C02 | DESCRIPTIF DE LA FORMATION

INTITULÉ	LIEU DE FORMATION	NB DE JOURS	ANNÉE

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

OBJECTIFS DE LA (DES) FORMATION(S)

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

<input type="checkbox"/> CONTRÔLE DES CONNAISSANCES	<input type="checkbox"/> ADMISSION PAR ENTRETIEN	
<input type="checkbox"/> CONCOURS	<input type="checkbox"/> ADMISSION SUR DOSSIER	<input type="checkbox"/> BILAN OU TEST
<input type="checkbox"/> AUCUNE CONDITION	<input type="checkbox"/> AUTRES	

**DÉCISION D'ADMISSION**

<input type="checkbox"/> ADMIS	DATE D'ADMISSION	DATE PROBABLE DES RÉSULTATS
<input type="checkbox"/> EN ATTENTE		

Merci de communiquer ces résultats dès que possible.

**C 04 | 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/CQP: \_\_\_\_\_

02  FORMATION QUALIFIANTE RECONNUE PAR UN SECTEUR OU BRANCHE (CQP : certificat de qualification professionnelle): \_\_\_\_\_

01  AUTRE OU ABSENCE DE SANCTION: \_\_\_\_\_

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

01  NIVEAU 1 : MASTER 2 – DOCTORAT – INGÉNIEUR

02  NIVEAU 2 : LICENCE – MASTER 1

03  NIVEAU 3 : BTS – DUT

04  NIVEAU 4 : BP – BAC TECHNIQUE – BT – BAC GÉNÉRAL

05  NIVEAU 5 : BEP – CAP – BPA

06  NIVEAU IMPOSSIBLE À DÉFINIR

**C 06 | DATES (le CFP doit durer 30 jours minimum, soit 10 jours de formation + repos hebdomadaires)**

	DATE DE DÉBUT		DATE DE FIN		
1 <sup>ère</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
2 <sup>e</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
3 <sup>e</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
4 <sup>e</sup> année de formation ou cycle ou module		ou		soit	jours
				TOTAL	jours
				NOMBRE DE JOURS D'EXAMEN	jours
				NOMBRE DE JOURS (Y COMPRIS EXAMEN)	jours
				NOMBRE DE JOURS D'ENSEIGNEMENT PRATIQUE (STAGE)	jours
				TOTAL GÉNÉRAL	jours

**C 07 | RYTHME DE LA FORMATION (joindre calendrier prévisionnel détaillé)**

QUELLE DURÉE DE TRAVAIL PERSONNEL ESTIMEZ-VOUS NÉCESSAIRE DE LA PART DU STAGIAIRE : \_\_\_\_\_ jours/année de formation

FORMATION EN CONTINUE

FORMATION EN DISCONTINU

NOMBRE DE JOURS/SESSIONS \_\_\_\_\_

**RUBRIQUE OBLIGATOIRE**

JOURS	L	M	M	J	V	S	D
HORAIRE MATIN							
HORAIRE APRÈS-MIDI							
TOTAL HEURES/JOUR							
TOTAL HEURES ENSEIGNEMENT/SEMAINE							
PÉRIODES D'INTERRUPTION							

**C 08 | RÉPARTITION DES JOURS DE FORMATION PAR MOIS (10 JOURS MINIMUM AU TOTAL)**

Indiquer pour chaque mois le nombre de jours, stage(s) et examen(s) compris dans la formation

		mois												TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
année	20_													
	20_													
	20_													
	20_													
	20_													
	20_													
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>														

**INDIQUER IMPÉRATIVEMENT LES PÉRIODES D'INTERRUPTION DE LA FORMATION PLANIFIÉES PAR L'ORGANISME**

**C 09 | COÛT INDIVIDUEL VALANT DEVIS**

**COÛT DE FORMATION**

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	ou	DATE DE FIN	€ TTC
1 <sup>ÈRE</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
2 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
3 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
4 <sup>ÈME</sup> ANNÉE DE FORMATION OU CYCLE DE FORMATION				
<b>COÛT TOTAL DE LA FORMATION</b>				<b>€ TTC</b>

**AUTRES COÛTS (non compris dans total formation), à détailler ci-dessous**

inscription (joindre une liste)	€ TTC
Documentation (joindre une liste)	€ TTC
Matériel (joindre une liste)	€ TTC
<b>SOUS-COÛT TOTAL DE LA FORMATION :</b>	<b>€ TTC</b>

**C 10 | HÉBERGEMENT – REPAS**

L'agent aura-t-il la possibilité de

- BÉNÉFICIER D'UN HÉBERGEMENT FONCTIONNANT SOUS LE CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION 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 \_\_\_\_\_