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

2027

(merci de constituer un PDF par agent contenant la demande complétée, un bulletin de salaire, un devis)

ETABLISSEMENT : AUV

Date de CSE : **Avis :** ☐ Favorable ☐ Défavorable **Ordre de priorité du dossier :**

AGENT : Nom : **Prénom :**

Mobilisation CPF **OBLIGATOIRE**
Compte personnel de formation ☐ oui
Nombre d'heures :

N° INSEE : *(13 chiffres)*

(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 : / 2027 **Date de fin de scolarité :** /

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

Organisme de formation : **N°SIRET :**
(joindre devis)
Numéro de déclaration d'activité :

COUT ET REPARTITION : ⟶ ***Consulter les modalités 2027***

Frais pédagogiques	Frais de déplacement	Frais de salaire	TOTAL
€	€	€	€
Devis organisme	Nombre de mois ou d'heures x 400€ (plafond)	Nombre de mois ou d'heures 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,**
- **l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints,**
- **que le contrat de travail des agents non titulaires couvre l'intégralité de la durée de la formation.**

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

Fait à : **Le :** **Signature :**