

Merci d'indiquer vos :

NOM :

Prénom :

Date et signature :

PIÈCES INDISPENSABLES BC

**▲ Le calendrier prévisionnel de l'organisme prestataire doit tenir compte du délai de réponse de l'ANFH
(2 mois à compter de la date de réception dans nos locaux).**

- **Le volet A « AGENT » avec votre signature
(Rubriques complètes A01 à A03)**
- **Le volet B « ORGANISME PRESTATAIRE » avec cachet et signature
(Rubriques complètes B01 à B03)
*△ Merci de vérifier que le coût du prestataire n'excède pas 2000 €****
- **Le volet C ETABLISSEMENT EMPLOYEUR avec cachet et signature
(Rubriques complètes C01 à C05)**

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- 1 - Une attestation d'ancienneté dans la Fonction Publique Hospitalière**
- 2 - La photocopie de votre dernier bulletin de salaire**
- 3 - L'attestation « certification Qualiopi » à demander à votre prestataire de Bilans de Compétences**

** Si le coût de la prestation est supérieur à 2000 €, le dossier ne pourra être pris en charge*

**Fournir les originaux des volets A - B - C
Tout dossier incomplet sera rejeté**

***Avant de renvoyer votre dossier, vérifiez qu'il est correctement rempli
et qu'il comprend toutes les pièces indispensables***