

Merci d'indiquer vos :

**NOM :**

**Prénom :**

**Date et signature :**

## **PIÈCES INDISPENSABLES BC**

- **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***