



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
DEPARTEMENT RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DE LA FORMATION CONTINUE

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DE FORMATION
DPC/HORS DPC - PERSONNEL MEDICAL-

Formulaire à transmettre au moins 15 jours avant le début de la formation, validé par le Chef de Service et le Chef de Pôle, à la Direction de la Formation Continue, accompagné du programme et du coût, sous peine d'irrecevabilité. Attendre l'accord formel de financement de la part de la DFC avant d'engager toute demande d'inscription.

Par courriel à formation.continue@chru-nancy.fr ou par dépôt de dossier à l'accueil de la Direction de la Formation Continue – Tour Marcel Brot – 7^{ème} étage – 1 rue Joseph Cugnot – CO 60034 – 54035 NANCY CEDEX ou par courrier à Hôpital Central – Département RHAS – Direction de la Formation Continue – 29 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – CO 60034 – 54035 NANCY CEDEX

IDENTIFICATION :

NOM : Prénom :
Statut/Grade : N° de Paie :
N° RPPS : Etablissement :
Service : Tél :

DEMANDE DE FORMATION (joindre le programme) : DPC HORS DPC

Intitulé de la formation :

Nom de l'organisme :

| Dates de formation | Date et heure prévisionnelles de départ | Date et heure prévisionnelles de retour | Lieu de la formation |
|--------------------|---|---|----------------------|
| | | | |

EVALUATION DES FRAIS :

| | |
|-----------------------------------|---|
| INSCRIPTION / ENSEIGNEMENT | € |
|-----------------------------------|---|

| DEPLACEMENT | Bases de remboursement | Montants estimés |
|---|--|------------------|
| TRAIN | SNCF 2 ^{ème} classe (ou tarif de la classe la plus économique) | € |
| AVION | Tarif de la classe la plus économique | € |
| VEHICULE PERSONNEL (sur autorisation uniquement si absence de transport en commun ou transport de matériel lourd, fragile ou encombrant) | Frais kilométriques calculés via site Michelin (joindre copie carte grise du véhicule utilisé) | € |

| HEBERGEMENT & REPAS (Métropole) | Bases de remboursement | Nb estimé | Montants estimés |
|---|---|--|-------------------------|
| HEBERGEMENT (si hors de la résidence administrative et de la résidence familiale entre 0 heure et 5 heures) | Plafonné petit-déjeuner inclus à : - Taux de base : 70 € - Communes du Grand Paris / Villes > 200000 hab : 90 € - Commune de Paris : 110 € | Nb nuitées : | € |
| REPAS (pris hors de la résidence administrative et de la résidence familiale entre 11h et 14h (midi) et entre 18h et 21h (soir)) | 17,50 € (8,75 € si restaurant administratif ou assimilé) par repas | Nb repas de midi : Nb repas du soir : | € |
| HEBERGEMENT & REPAS (Formation à l'étranger) | Bases de remboursement | Nb estimé | Montants estimés |
| | Indemnités journalières de mission temporaires à l'étranger (arrêté du 03/06/06 fixant le taux des indemnités de mission) | Nb jours sur place : | € |
| | | Nb repas de midi : | |
| | | Nb repas du soir : | |

| AUTRES FRAIS EVENTUELS (préciser la nature) | Montants estimés |
|--|-------------------------|
| | € |
| | € |

| TOTAL | Montant estimé |
|--------------|-----------------------|
| | € |

| | |
|------------------|--------------------------|
| DEMANDEUR | |
| Fait à | Signature du demandeur : |
| Le | |

VALIDATION :

| AVIS DU CHEF DE SERVICE | | AVIS DU CHEF DE PÔLE | |
|---|--|---|--|
| NOM : | | NOM : | |
| PRENOM : | | PRENOM : | |
| <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (MOTIF DU REFUS :) | | <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable (MOTIF DU REFUS :) | |
| Fait à | | Fait à | |
| Le | | Le | |
| Signature : | | Signature : | |

NB : cet imprimé ne tient pas lieu de demande d'autorisation d'absence qui devra être établie via le logiciel CHRONOS "demande de congé de formation"