

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE FORMATION DIPLOMANTE PAYANTE
PROJET DE FORMATION - BUDGET DELEGUE**

Soumise à l'analyse de l'encadrement du pôle / prise en charge

Soumise à l'ouverture du compteur DIF

80% SUR TEMPS DE TRAVAIL et 20% SUR TEMPS PERSONNEL

IDENTITE ET SITUATION DU DEMANDEUR

NOM :	PRENOM :
GRADE :	
SERVICE :	
POLE :	IDENTIFIANT : <input type="text"/>
TELEPHONE :	

FORMATION SOLLICITEE (informations indicatives, toute demande validée sera traitée dans le respect des règles de l'achat public et de la mise en concurrence)

INTITULE DE LA FORMATION :	COÛT :
PERIODE :	DUREE TOTALE (en heures)
PRESTATAIRE DE FORMATION :	
DEMANDE RECENSEE (exprimée par l'agent en entretien annuel de formation)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PRESENTATION DU PROJET

Objectifs et motivations de l'agent
(Contexte de la formation, projet professionnel, ...)

IMPORTANT

La prise en charge financière de votre formation, est soumise à la règle des marchés publics. Aussi, merci de fournir les éléments administratifs indispensables :

1. Les programmes de 2 organismes dispensant la formation demandée (recherches à faire y compris sur internet).
2. Le programme doit préciser et distinguer les frais d'inscription et les frais pédagogiques.

CATEGORIE DE LA DEMANDE ET CARACTERISTIQUE DU PROJET

- 2a** Adaptation immédiate au poste de travail (*Savoir requis spécifique au poste de travail pour y être immédiatement opérationnel*) => Investissement pour le pôle (projet de pôle)
- 2b** Adaptation à l'évolution prévisible des emplois (*Savoir requis dans le poste de travail actuel mais également dans le métier*) => Co-investissement pour le pôle et pour l'agent
- 2c** Développement ou acquisition de nouvelles compétences ou connaissances (*Savoir requis ni dans le poste de travail ni dans le métier, actuel ou prévu, mais pouvant être néanmoins utile immédiatement ou dans le cadre d'une évolution ultérieure de l'agent*) => Investissement pour l'agent (projet personnel)

Date et signature de l'agent

Objectifs et motivations du responsable hiérarchique

(Contexte de la formation, résultats attendus, projets et missions concrètes dans le service/pôle, ...)

Prise en charge accordée cette année :

OUI

NON

Date, nom et signature du cadre	Date nom et signature du référent Formation ou CPP

Merci d'envoyer une copie au bureau de la formation pour la mise en œuvre de la prise en charge.