



Fiche d'inscription au titre du plan – Hôpital SAN SALVADOR
Demande commune pour toutes les formations

A transmettre au Service de la formation continue
Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser auprès du service de la formation.
Toute demande incomplète sera retournée

Salaré

Nom usuel..... Nom de naissance Prénom.....

N° Identifiant (Fiche de paye / 7 chiffres) Unité d'affectation.....
Métier (fiche de paye) Grade

Titulaire Stagiaire Contractuel

Date et signature de l'agent.....

Centre organisateur

Local Centre de formation AP-HP Prestataire extérieur.....

Intitulé de la formation Coût.....

Code stage.....code session..... Lieu.....

Date de début : ---/---/--- Date de fin : ---/---/--- Durée : Jours* = Heures

Première demande Deuxième demande (date de la première demande :) * un jour = 7 heures, ½ journée = 3H30

Motivation de la demande

Typologie de la formation à remplir en concertation avec le cadre – Cocher une seule case

1 2a 2b 2c 3 4 5 7 8 Congés de Formation Professionnel
1 : formation professionnelle initiale 3 : Préparation des examens et concours (CPF mobilisable)
2a : Adaptation immédiate au poste de travail 4 : Etudes promotionnelles
2b : Adaptation à l'évolution prévisible des emplois (CPF mobilisable) 5 : Conversion 7 : Bilan de Compétence
2c : Développement des compétences, acquisitions de nouvelles compétences (CPF mobilisable) 8 : VAE
6 **Pour une demande de Compte Personnel de formation voir au verso**

Avis du responsable hiérarchique

Avis favorable Avis défavorable Anticipation sur GESTIME

Date de réception de la demande.....

Date de l'avis	Nom Prénom	Fonction du signataire	Signature
----------------	------------	------------------------	-----------

Avis de l'encadrement hiérarchique supérieur

Avis favorable Avis défavorable Motif avis défavorable
 Demande incomplète Formation nécessitant du CPF
 Ne figure pas au plan de formation Non adaptée à la réglementation
 Incompatible avec les nécessités du service Coût de l'action de formation
 Autre (précisez).....

Date de l'avis	Nom Prénom	Fonction du signataire	Signature
----------------	------------	------------------------	-----------

Avis du Responsable des Ressources Humaines

Avis favorable Avis défavorable Motif avis défavorable
 Demande incomplète Formation nécessitant du CPF
 Ne figure pas au plan de formation Non adaptée à la réglementation
 Incompatible avec les nécessités du service Coût de l'action de formation
 Autre (précisez).....

Date de l'avis	Nom Prénom	Fonction du signataire	Signature
----------------	------------	------------------------	-----------

A remplir pour une demande de mobilisation du Compte Personnel de Formation * en concertation avec l'encadrement.

* avant de remplir le tableau ci-dessous vérifiez votre compteur d'heures CPF sur

Répartition du temps de formation.

Durée totale de la formation (CPF + hors CPF)	Compte Personnel de Formation					Hors CPF		
	Crédit d'heures disponible	Heures anticipées mobilisées	Total heures mobilisées au titre du CPF (1) + (2)	Sur temps de travail (1)	Hors temps de travail (Allocation) (2)	Total hors CPF (3)+(4)	Sur temps de travail (3)	Hors temps de travail (4)
Exe = 80 heures	50	30	80	40	40	/	/	/

Certaines actions de formation peuvent se dérouler en dehors du temps de travail, dans la limite de 50 heures de formation par an pour la finalité 2b, 80 heures de formation par an pour la finalité 2c, et 50 heures pour la période de professionnalisation 5).

Type de fonctions, d'activités, de responsabilités ou promotion visées :

.....

.....

.....

.....

Vos motivations :

.....

.....

.....

.....

Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ?

.....

.....

.....

.....

Souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction ? A titre principal A titre accessoire

Avez-vous bénéficié d'un conseil en évolution professionnelle ? OUI NON

Sinon, souhaitez-vous en bénéficier ? OUI NON

Date et signature de l'agent :

Avis du responsable hiérarchique

Avis favorable Avis défavorable Anticipation sur GESTIME

Date de réception de la demande.....

Date de l'avis	Nom Prénom	Fonction du signataire	Signature
----------------	------------	------------------------	-----------

Avis de l'encadrement hiérarchique supérieur

Avis favorable Avis défavorable Motif avis défavorable

Demande incomplète Crédit CPF insuffisant

Ne figure pas au plan de formation Non adaptée à la réglementation

Incompatible avec les nécessités du service Coût de l'action de formation

Autre (précisez).....

Date de l'avis	Nom Prénom	Fonction du signataire	Signature
----------------	------------	------------------------	-----------

Avis du Responsable des Ressources Humaines

Avis favorable Avis défavorable Motif avis défavorable

Demande incomplète Crédit CPF insuffisant

Ne figure pas au plan de formation Non adaptée à la réglementation

Incompatible avec les nécessités du service Coût de l'action de formation

Autre (précisez).....

Date de l'avis	Nom Prénom	Fonction du signataire	Signature
----------------	------------	------------------------	-----------