Hospitalisation à Domicile AP-HP — ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

FICHE D'INSCRIPTION AU TITRE DU PLAN DE FORMATION

Volet 1 à transmettre au service formation par mail à laurence.grossetti@aphp.fr copie à beatrice.costes-henri@aphp.fr

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser auprès du service de la formation.

Béatrice COSTES HENRI, responsable formation ou **Laurence GROSSETTI**, assistante de formation

Téléphone : 01 73 73 58 96 - Accueil de 9h30 à 16h30

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE SERA RETOURNEE

Nom : **Prénom :** **N°APH :**

Métier : **Grade :**

Service : **Département/Direction :** **N° Téléphone :**

Date de la demande : Date d'entrée à l'AP-HP :

CENTRE ORGANISATEUR :

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

Pour les formations individuelles, joindre, le programme pédagogique ainsi que le bulletin d'inscription précisant le coût au titre de la formation continue (fournir 3 devis). Pour toutes formations payantes, l'organisme doit être certifié QUALIOPI.

INTITULE DE LA FORMATION :

Date(s) :	Durée : 1 jour formation = 7h – ½ journée formation = 3 h 30	Lieu :
Nom de l'organisme : **Si formation AP-HP : Code stage :** **Code session :**		
Coût pédagogique :	Frais de mission* :	Total :

*hors Ile-de-France : Train 2nde classe – Repas 17,50€ - Hébergement : 70€ (nuit et petit déjeuner), 90€ si ville de plus de 200 000 habitants

1ère demande ☐ 2ème demande ☐ (date de la première demande :)

TYPOLOGIE de la formation à remplir en concertation avec le cadre–Entourer une seule réponse

1 ☐ 2a ☐ 2b ☐ 2c ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 8 ☐

1 : formation professionnelle initiale, 2a : Adaptation immédiate au poste de travail, 2b : Adaptation à l'évolution prévisible des emplois, 2c : Développement de compétences et acquisition de nouvelles compétences, 3 : Préparation des examens et concours, 4 : Etudes promotionnelles, 5 : Conversion, 8 : VAE

Pour toute demande de mobilisation du Compte Personnel de Formation, renseigner **volets 2 et 3.**

Date et signature du professionnel :	Date, avis, cachet et signature du supérieur hiérarchique :
Date, avis, cachet signature du Cadre paramédical/cadre administratif du département ou Directeur* :	Date, avis, cachet et signature du DRH :

***Pour toute formation payante (ex : congrès…), la validation du CPD et du CAD ou Directeur est obligatoire.**

Pour toute formation de type préparation à un concours, un examen, test…la validation du N+2 est obligatoire.