

# DEMANDE INDIVIDUELLE DE FORMATION PERSONNEL NON MEDICAL

REFERENCE Formulaire :  
GHU-MGT-FORM-FOR-003

GHU

VERSION : 6

DATE D'APPLICATION : 07/03/2019

Page 1 sur 1

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES À FOURNIR POUR UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE.****⚠ Joindre le programme avec le coût, les dates et lieu de la formation souhaitée.****A remplir par l'agent :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Grade : \_\_\_\_\_ N° de tél : \_\_\_\_\_

Pôle : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Adresse mail professionnelle : \_\_\_\_\_

Formation demandée : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et n° d'existence de l'organisme/DATADOCK : \_\_\_\_\_

Lieu de formation : \_\_\_\_\_ Date de formation : \_\_\_\_\_

Coût de la formation (enseignement et déplacement) : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été en formation cette année ?  Oui  Non

Si oui, quelle(s) formation(s) : \_\_\_\_\_

Avez-vous formulé d'autres demandes de formation cette année ?  Oui  Non

Si oui, quelle(s) formation(s) : \_\_\_\_\_

**A remplir par le responsable hiérarchique :**S'agit-il d'une formation :  **Polaire**  **Institutionnelle (Plan de Formation)**

Cette formation s'inscrit-elle dans le projet d'établissement, de pôle, de service ? (rayer la mention inutile)

Observations du responsable hiérarchique sur la formation demandée :

Avis :  Favorable  Défavorable

Paris, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du responsable hiérarchique :

Signature de l'agent :

Prise en charge par le pôle :  oui  non

Signature du responsable de pôle et/ou du directeur fonctionnel :

**Coordonnées du service Formation Continue du GHU :****Site Porte de Montreuil : 01 87 89 92 86**