



**DEMANDE DE FINANCEMENT
ACTION DE FORMATION / PROGRAMME DPC
PERSONNELS MEDICAUX**

(demande à adresser au Chef de Pôle, sous couvert du Chef de Service)

NOM **PRENOM**
STATUT N° RPPS..... % temps travail
SITE DU GHBS SERVICE POLE

FORMATION DPC (obligation triennale)

Action de formation correspondant à un programme et une action prioritaire (lien : <https://www.andpc.fr>)
(merci de joindre le programme correspondant)

- n° SIRET organisme
- n° d'enregistrement de l'organisme de formation (5 chiffres)
- intitulé et n° du programme de DPC
-
- l'orientation nationale à laquelle se réfère la formation en lien avec la spécificité médicale (cf. arrêté du 8/12/2015)
.....
.....

FORMATION HORS DPC

Action de formation non reconnue comme constituant un programme DPC
(merci de joindre le programme correspondant)

- n° SIRET organisme
- intitulé de la formation
-

Lieu de la formation

Départ du GHBS – Site de : Date Heure

Retour au GHBS – Site de : Date Heure

FRAIS PEDAGOGIQUES : ([joindre la facture acquittée à l'issue de la formation](#)) Montant

FRAIS DE DEPLACEMENT

Moyen de transport utilisé :

Le remboursement se fait sur la base SNCF 2^{ème} classe
ou par dérogation, sur le montant du titre de transport

Train ([joindre les justificatifs
à l'issue de la formation](#))

Véhicule personnel
puissance fiscale : CV

Véhicule GHBS

Avion ([joindre les justificatifs
à l'issue de la formation](#)) Montant

FRAIS D'HEBERGEMENT

Prise en charge : 110 € par nuit pour Paris intra-muros

90 € par nuit pour la métropole du Grand Paris et les villes de + 200 000 habitants

70 € par nuit pour les autres villes.

([sur présentation de la facture à l'issue de la formation](#))

Montant

TOTAL

Date et signature du demandeur

(Obligatoire)

Avis du chef de service (ou chef de site pour le pôle G) ou responsable d'unité sur la demande :

Date :

Nom et signature :

PROPOSITION DE REMBOURSEMENT PAR LE POLE

En cas d'acceptation par le Chef de Pôle, le remboursement des frais de transport et d'hébergement est accordé dans la limite de l'enveloppe du pôle (selon barème règlementaire)

Frais d'inscription Montant

TOTAL

Dans le cadre d'une **demande de financement d'une formation diplômante** (DU, DIU,...) **merci de joindre un projet (sur 1 page maximum)** précisant l'intérêt de la formation (intérêt individuel / intérêt pour l'équipe médicale, le service, le pôle ou le GHBS).

L'accord de prise en charge ne pourra être définitif qu'après recueil de l'avis de la Commission DPC.

Date :

Nom et signature du Chef de Pôle :