



**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<sup>ème</sup> 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.

Montant .....

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

**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 réglementaire)

**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 :**