



# DEMANDE DE FORMATION PERSONNEL MEDICAL

Date : 04/01/2024  
Page 1/1

Référence : Procédure « organisation de la formation médicale et du DPC médical »

Rédaction : Formation Continue

Je soussigné(e) : Mme / M, le Docteur .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praticien Hospitalier Temps plein   | <input type="checkbox"/> Contractuel Temps Plein   |
| <input type="checkbox"/> Praticien Hospitalier Temps partiel | <input type="checkbox"/> Contractuel Temps partiel |
| <input type="checkbox"/> Attaché                             | <input type="checkbox"/> Assistant                 |

Exerçant au pôle : .....

Sollicite une formation de : ..... jour(s) ou ..... heures

Du ..... Au ..... inclus

Dans le cas de plusieurs dates / périodes dans l'année, merci de joindre impérativement le calendrier.  
Les absences pour raison de formation sont déclarées automatiquement par le service de la formation continue au service des affaires médicales.

Intitulé de l'action de formation (joindre le programme) :

Nom de l'organisme de formation : .....

Lieu : .....

L'organisme de formation est-il certifié QUALIOPI : OUI  NON

Cette formation me permet de remplir mon obligation DPC : OUI  NON

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je sollicite la participation financière : | <input type="checkbox"/> Frais d'inscription : .....€   |
|   | <input type="checkbox"/> Frais de déplacement : .....€  |
|   | <input type="checkbox"/> Frais de restauration : .....€ |
|   | <input type="checkbox"/> Frais d'hébergement : .....€   |

Je ne sollicite pas la participation financière.

Avis du Chef de Service (tampon et signature) :  Favorable  Défavorable

Dépôt au service de formation continue le : ..... Signature : .....