



# COMPTE PERSONNEL DE FORMATION

## 1- DEMANDE D'UTILISATION

**Direction des  
Ressources Humaines**

Bât. 28 - RDC - Bureau 16  
Poste : 2 40 15

Date de création : 07/2019

### IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom et prénom du demandeur : .....

Grade : .....

Service et pôle : .....

Formation demandée : .....

Date limite de dépôt des demandes	Date de commission
15 mars	avril
15 septembre	octobre

### PIECES A FOURNIR AU DOSSIER :

	Etudes promo	Autres (dont prépa concours)
Projet d'évolution professionnelle (Document 2)	X	X
Justificatif du nombre d'heures acquises au titre du CPF	X	X
Avis hiérarchique (Document 4)	X	X
Formulaire détaillant la formation demandée (Document 3)		X
Programme de formation		X
Courrier demande de financement	X	
Note au concours	X	

### REGLES DE DECREMENTATION DU COMPTEUR :

- Durée de formation < durée au compteur : Décrémentation à hauteur de la durée de formation
- Durée de formation > durée au compteur : Décrémentation à hauteur des droits acquis au compteur

$$\boxed{\text{Nb h CPF}} - \boxed{\text{Nb h formation}} = \boxed{\text{Solde CPF}}$$

### AUTORISATION DE DECREMENTATION DU COMPTEUR CPF :

Je soussigné(e), ....., autorise les hôpitaux civils de Colmar à décrémenter mon compteur CPF de ..... heures, en contrepartie de la prise en charge de la formation demandée par le présent dossier.

Fait à....., le.....

Signature de l'agent :



**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom et prénom du demandeur : .....

Grade : .....

Service et pôle : .....

Formation demandée : .....

**Vos fonctions actuelles\* :**

**Quel est votre projet professionnel\* ?**

**Vos motivations\* :**

**Comment avez-vous préparé votre projet et quelles démarches avez-vous effectué\* ?**

\* En cas d'espace insuffisant, il vous est possible de répondre sur papier libre

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom et prénom du demandeur : .....

Grade : .....

Service et pôle : .....

Formation demandée : .....

**DETAILS DE LA FORMATION DEMANDEE**

Type de formation :

- Savoirs de base / compétences clés
- Prévention d'une situation d'inaptitude à l'exercice des fonctions
- Etudes promotionnelles
- Préparation aux concours et examens (5 jours max par année civile)
- Diplôme / titre / certification inscrit au RNCP hors Etudes promotionnelles
- Autre formation

Nombre d'heures de formation : ..... Dates : .....

Lieu : .....

- 1<sup>e</sup> demande  Cette demande a déjà été refusée
- Je souhaite effectuer cette formation hors temps de travail

Nombre d'heures totales mobilisées  Sur temps de travail : .....  
 Hors temps de travail : .....

**ORGANISME DE FORMATION**

Nom de l'organisme : .....

N° déclaration activité : .....

Référence Datadock (obligation de recourir à un organisme validé pour toute prise en charge) : .....

Pourquoi avez-vous choisi cette formation et cet organisme\* ?

**EVOLUTION PROFESSIONNELLE**

Que ferez-vous à l'issue de la formation ? Quelles seront éventuellement les étapes après la formation\* ?

Le cas échéant, souhaitez-vous exercer cette nouvelle fonction :

- A titre principal  A titre accessoire

Avez-vous bénéficié d'un conseil en évolution professionnelle ?  OUI  NON

Si non, souhaitez-vous en bénéficier ?  OUI  NON



**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom et prénom du demandeur : .....

Grade : .....

Service et pôle : .....

Formation demandée : .....

**AVIS DU CADRE DE SANTE OU DU RESPONSABLE DIRECT**

Difficulté de libérer l'agent de ses obligations dans la période demandée

OUI

NON

Motivations : .....

.....

Si le projet de l'agent est en lien avec son activité professionnelle, avis motivé du cadre

Avis favorable

Avis défavorable

Non concerné

Motivations : .....

.....

.....

Date :

Signature :

**AVIS DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE OU DU DIRECTEUR FONCTIONNEL**

Difficulté de libérer l'agent de ses obligations dans la période demandée

OUI

NON

Motivations : .....

.....

Si le projet de l'agent est en lien avec son activité professionnelle, avis motivé du cadre :

Avis favorable

Avis défavorable

Non concerné

Motivations : .....

.....

.....

Date :

Signature :