

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom et prénom du demandeur :

Téléphone : Email :

Grade :

Service :

Pôle :

FILIERE DEMANDEE ET DATE DE DEPOT DU DOSSIER

- Aide-soignante (09/2024 ou 01/2025)15/03/2024
- Aide-soignante (09/2025 ou 01/2026)15/09/2024
- Infirmiers (09/2025).....15/09/2024
- Préparateur en pharmacie Hospitalière (09/2024)15/03/2024
- IBODE (09/2025, avec préparation au concours en amont).....15/03/2024
- IBODE (09/2024, en cas de report).....15/03/2024
- IADE (10/2025, avec préparation au concours en amont)15/03/2024
- IADE (10/2024, en cas de report)15/03/2024
- Cadre de santé (09/2025, avec préparation au concours en amont)15/03/2024
- Cadre de santé (09/2024, en cas de report)15/03/2024
- Manipulateur radio (09/2024).....30/01/2024
- Manipulateur radio (09/2025).....15/09/2024
- Infirmier en Pratiques Avancées (IPA) (09/2024)15/03/2024

PIECES A FOURNIR AU DOSSIER

- Le présent formulaire, incluant l'autorisation de décrémentation du compteur CPF (encart ci-dessous)
- Courrier manuscrit de demande de financement
- Justificatif du nombre d'heures acquises au titre du CPF
- INFIRMIER et MERM : Projet professionnel

AUTORISATION DE DECREMENTATION DU COMPTEUR CPF :

Je soussigné(e),, autorise les Hôpitaux Civils de Colmar à décrétement 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 :

Le dossier compléter est à transmettre à la DRH (formation continue) avant la date indiquée.
Une réponse écrite vous sera apportée à la fin du processus de sélection.

REDACTEUR(S)	VERIFICATEUR(S)	APPROBATEUR(S)
Catherine ROMMEVAUX, Julie WITWICKI	ACT_PARTICIPANTS_NAME_SIGN3	ACT_PARTICIPANTS_NAME_SIGN4