



Hôpitaux Civils
de Colmar

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE ACTION DE FORMATION PONCTUELLE

**Direction des
Ressources Humaines**

Bât. 28- Bureau 123
Poste : 2 40 15

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Service et pôle : Grade :

FORMATION DEMANDEE

Intitulé de la formation :

Organisme : Lieu :

Dates : Durée :

Coût prévisionnels :

Enseignement : Déplacement :

Date : Signature :

AVIS DU RESPONSABLE DE SERVICE

Nom : Prénom :

Demande concernant un nouvel agent : OUI NON

Le savoir-faire visé par la référence fait référence :

- A une nouvelle technique OUI NON

- A une évolution importante de la réglementation : OUI NON

Formation indispensable au bon fonctionnement du service : OUI NON

Motivations :

Avis : FAVORABLE DEFAVORABLE

Date : Signature :

AVIS DU CADRE DE POLE

Nom : Prénom :

Motivations :

Avis : FAVORABLE DEFAVORABLE

Date : Signature :