



## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE D'UNE FORMATION MEDICALE CONTINUE

[A transmettre au Service Formation 30 jours avant le début de la formation](#)

<b>PUBLIC CONCERNE</b>	NOM-PRENOM :  STATUT :  SERVICE :  QUOTITE DE TEMPS DE TRAVAIL :
<b>INTITULE DE LA FORMATION</b> <u><a href="#">Joindre impérativement le programme pédagogique de la formation</a></u>	INTITULE :  N° du PROGRAMME DPC :
<b>OBJECTIFS DE LA FORMATION</b>	
<b>DUREE - DATE ET LIEU DE LA FORMATION</b>	Date :  Lieu :  Durée :
<b>COUT DE LA FORMATION</b> <u><a href="#">Le déplacement se fait prioritairement par le train sur la base du billet SNCF 2<sup>ème</sup> classe.</a></u>  <u><a href="#">Les frais d'hôtellerie :</a></u> 70€/jour petit déjeuner inclus (communes de moins de 200 000 habitants) 90€/jour petit déjeuner inclus (communes de plus de 200 000 habitants) 110€/jour petit déjeuner inclus (PARIS)  <u><a href="#">Les frais de repas :</a></u> 17.50€/repas	<u><a href="#">Frais pour lesquels vous demandez un remboursement.</a></u>  Frais pédagogiques :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Montant : .....  Frais de déplacement :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Moyen de transport : ..... Nombre de trajet A/R : .....  Frais d'hébergement :    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nombre de nuitées : .....  Frais de repas :            oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Nombre de repas : .....  <u><a href="#">Nécessité de joindre tous les justificatifs</a></u>

**Date et signature du Praticien :**

**Avis du Chef de service :**

**Date et signature :**

**Favorable**

**Défavorable**

**Commentaire :**

**Avis du Chef de pôle :**

**Date et signature :**

**Favorable**

**Défavorable**

**Commentaire :**

**Avis du service formation :**

**Date et signature :**

**Favorable**

**Défavorable**

**Commentaire :**