



DEMANDE DE FORMATION PERSONNEL MEDICAL - 2025

Date : 03/02/2025

Référence : Guide de la formation médicale Continue 2025

Rédaction : Formation Continue

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

Site : Fondation Vallée Paul Guiraud

- Praticien Hospitalier Temps plein Contractuel Temps Plein
- Praticien Hospitalier Temps partiel Contractuel Temps partiel
- Attaché Assistant

Exerçant au pôle : _____

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

Du _____ Au _____ inclus

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

Nom de l'organisme de formation : _____

Lieu : _____

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

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

Demande de remboursement :

Le remboursement des frais est soumis à validation de la sous-commission « Développement Professionnel des Praticiens » dont les membres sont praticiens hospitaliers élus en C.M.E.

Les frais engagés (transport, hébergement et repas) se font au réel et sur présentation des justificatifs (facture acquittée, tickets de caisse, les tickets de cartes bancaires ne sont pas recevables). En l'absence de justificatif(s), la demande de remboursement sera retournée au praticien pour complément.

Le taux de remboursement des frais de déplacement se fixe sur la base de la seconde classe.

Le taux de remboursement des frais de repas est fixé à 20€ maximum / repas.

Le taux des frais d'hébergement est plafonné à 90€ par nuitée (nuit + petit déjeuner) pour les villes dont la population est inférieure à 200 000 habitants et à 120€ par nuitée pour les villes dont la population est égale ou supérieure à 200 000 habitants.

Je sollicite la participation financière : Indiquer obligatoirement les montants

- Frais d'inscription :€
- Frais de déplacement :€*
- Frais de restauration :€**
- Frais d'hébergement :€***

Je ne sollicite pas la participation financière.

Avis et signature du Chef(fe) de service / Chef(fe) de pôle : (Tampon obligatoire)