



FORMATION MEDICALE CONTINUE
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CONGRES
COLLOQUES JOURNEES D'ETUDES
(à établir 30 jours à l'avance)

Màj le 12/06/2020

NOM de NAISSANCE: NOM D'EPOUSE :

PRENOM :

N° RPPS :

FONCTION : SERVICE :

Secrétariat (nom de la secrétaire du service) :

Sollicite l'autorisation de participer à l'action suivante :

.....

Qui se déroulera à :

Du Au

Organisme :

N° de déclaration d'activité de l'organisme :

Si un organisme est sans n° de déclaration d'activité la prise en charge financière ne peut avoir lieu

Tous ces renseignements doivent être complétés et la documentation/plaquette des congrès, colloque, journées d'études..... doit être joints obligatoirement à cette demande

- Montant des frais d'inscription
- **L'inscription est faite par :** le médecin la formation continue
- Moyen de transport utilisé (si véhicule personnel Joindre obligatoirement copie carte grise)
- Date et heure de départ Date et heure de retour.....

Signature du Médecin :

Signature et cachet du Chef de Pôle :

PREVISIONS FINANCIERES – PARTIE RESERVEE A LA DRH/FC POUR RETOUR AU RESPONSABLE DE POLE ET AU DEMANDEUR :

Les frais engagés par l'agent seront remboursés uniquement sur présentation de l'attestation de présence et des originaux des justificatifs de dépenses

*** Dans la limite d'un montant maximum par nuitée de : Ile de France : Paris 110 € / Grand Paris : 90 € / autre ville : 70 € // Autres régions : ville + 200 000 habitants : 90 € / autre commune : 70 €**

**** 17,50€ maximum/repas**

Partie à remplir par la Formation Continue :		Partie à remplir par le Chef de Pôle pour la prise en charge par la FC du CH Montperrin :	
	Montants estimés	Montants accordés	
Si Frais d'inscription par le médecin			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si Frais d'inscription par la FC			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Hébergement *			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Repas **			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Transport			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Metro, bus, parking			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Péage			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
TOTAL (estimation)			

Signature du Médecin :

Signature et cachet du Chef de Pôle :

Retour à la DRH/FC pour mise en œuvre selon les avis du Chef de Pôle :

ACCORD

REFUS

Le Directeur