



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

Màj le 03/11/2023

NOM de NAISSANCE: ..... NOM D'EPOUSE : .....

PRENOM : .....

N° RPPS : .....

FONCTION : ..... SERVICE : .....

POLE D'AFFECTATION : .....Mail professionnel : .....

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 n'est pas certification QUALIOPi, 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 joint obligatoirement à cette demande.**

- Montant des frais d'inscription .....
- **L'inscription est faite par :**  le médecin (*obligatoire si c'est pour un DU, DESU etc....*)  
 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 140 € / Grand Paris : 110 € / autre ville : 90 € // **Autres régions :** ville + 200 000 habitants : 110 € / autre commune : 90 €

**\*\* 20€ maximum/repas**

**\*\*\* train uniquement en seconde classe**

**\*\*\*\* avion uniquement en classe économique**

Taxi **non remboursé** sauf si grève des transports en commun

**Attention :** Si la carte grise n'a pas été jointe à la demande il n'y aura pas de remboursement de déplacement en véhicule

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
Année	20 ....	20.....	
<b>ENSEIGNEMENT</b>			
Si l'inscription est fait par le médecin			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si l'inscription est fait par la FC			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>DEPLACEMENT</b>			
Hébergement *			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Repas **			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Transport *** ou ****			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 enseignement			
Total déplacement			
TOTAL (estimation) Du dossier			

Signature et cachet du Chef de Pôle

**Après la validation des montants accordés dans le tableau ci-dessus à prendre en charge sur le budget du pôle :**

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

ACCORD

REFUS

Pour Le Directeur,  
Le responsable Formation continue