**DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Pour être traitée, votre demande doit être complète, c’est-à-dire contenir*** *(prévoir un délai de* ***10 jours ouvrables) :***[ ]  Le formulaire de demande de participation complété[ ]  Le formulaire d’inscription (si requis) | **Particularités :**[ ]  1re demande de perfectionnement[ ]  2e ou plus demande de perfectionnement[ ]  Formation de formateur[ ]  En ligne, webinaire [ ]  visioconférence |
| [ ]  Le plan de cours ou programme de l’activité | [ ]  Organisée par un autre service : |  |
| [ ]  Les signatures requises | [ ]  Autre : |  |

**IDENTIFICATION DU PARTICIPANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Coordonnées téléphoniques (# de tél. + # de poste) :** |
| **# employé (matricule) :** |  | **Installation d’origine :** [ ]  CCLM [x]  INLB [ ]  HRR  |
| **Titre d’emploi :**  | [ ]  1255 Beauregard [ ]  Autre :  |
| **Statut :** [ ]  Temps complet [ ]  Temps partiel [ ]  Liste de rappel |
| [ ]  Syndiqué:  [ ]  Syndicable/non syndiqué [ ]  Cadre [ ]  Autre  |
| **Direction :** | **Sous-service (# 6 chiffres):**  |

**DESCRIPTION DE L’ACTIVITÉ**

|  |
| --- |
| **Titre de l’activité :** |
| **Date(s) :**  | **Durée :** |
| **Horaire : De à**  | **Lieu :** |
| **Quel mécanisme de transfert et/ou de partage des connaissances et/ou des compétences est prévu suite à l’activité?** (ex. : retour à l’équipe, coaching, formation de formateur, etc.) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FRAIS DE FORMATION (\*Estimation)** | Nombre | Montant | Précisions (ex. : partage des frais, covoiturage) |
| [ ]  Frais d’inscription : |  | $ |
| [ ]  Frais de déplacement (Transport et stationnement) : |  | \* $ |
| [ ]  Repas : |  | \* .$ |
| [ ]  Hébergement (nuitée) : |  | \* $ |
| [ ]  Autre : (spécifiez)  |  | \* $ |
| **TOTAL :** |  | **$** |
| ***\*Remboursement maximal accordé en respect des circulaires ministérielles, politiques et modalités de remboursement prévues à cet effet.*** |

**PAIEMENT DES FRAIS D’INSCRIPTION : Joindre la preuve d’inscription et de paiement**

|  |
| --- |
| [ ]  **Paiement par l’employé** [ ]  Je demanderai un remboursement et vous ferai parvenir mon compte de dépenses avec ma preuve d’inscription et de paiement  |
| [ ]  **Paiement par chèque par le CISSSMC à l’organisme avant l’activité** (délai minimum de 30 jours) |
| Un chèque au montant de  | $ | doit être émis |
| À l’ordre de :  |  |
| Adresse complètes : |  |
| Coordonnées téléphoniques : |  |

**REQUÉRANT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature :** | Date : |

**SOURCE DE FINANCEMENT**

|  |
| --- |
| [ ]  Prévue au plan de développement des ressources humaines (PDRH) |
| [ ]  Priorisée dans l’enveloppe budgétaire dédiée au perfectionnement  \*S’assurer du respect des modalités prévues |
|  [ ]  APTS [ ]  CSN 2 [ ]  CSN 3 [ ]  FIQ [ ]  Cadre [ ]  Autre (précisez) : |   |
| [ ]  Budget du service |
| [ ]  Revenus de stage \*\* (voir démarche spécifique au bas du présent formulaire) |
| [ ]  Autre source de financement (précisez) : |   |
| Autre précision (ex. : partage de coûts entre plusieurs budgets ou avec l’employé) : |   |
|  |

|  |
| --- |
| **Lors de l’activité, l’employé est :** (cochez toutes les situations applicables) |
| **1 -** | [ ]  Prévu au travail | ou | [ ]  En congé |
| **2 -** | [ ]  Remplacé | ou | [ ]  Non remplacé |
| **3 -** | [ ]  Rémunéré | ou | [ ]  Non rémunéré |
| **4 -** | En formation en dehors des heures régulières de travail : [ ]  Oui ou [ ]  Non  |

**GESTIONNAIRE : Autorisation**

|  |
| --- |
| **La demande est :** [ ] Acceptée[ ] Refusée |
| **Précision lors de refus:** |
| **Nom** (en lettres moulées) **:** | **Signature :** |
| Coordonnées téléphoniques complètes : | Date : |

**AUTRE AUTORISATION, si requise**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** (en lettres moulées) **:** | **Signature :** |
| Coordonnées téléphoniques complètes : | Date : |

**AUTORISATION PAR LA DRHCAJ ET CODE D’IMPUTATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sous-service : | Nature : | Envoyé à la DRF le : |
| Nom (en lettres moulées) : | Signature : |

**MODE DE TRANSMISSION DE LA DEMANDE DE PARTICIPATION À UNE FORMATION : Privilégiez le courriel**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  **@** | 16 CISSS Monteregie-Centre FORMATION DRHCAJ ou formation.drhcaj.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcR3kA1VgT5DWvj4wxZuChnGnyybZiIijThv08cDpzTxXlhiMkDbkwrHWQ | Courrier interne : Service développement (DRHCAJ), rue Normand, St-Jean-sur-Richelieu |

 |

**REVENUS DE STAGE** :

|  |  |
| --- | --- |
| \*\* Veuillez faire parvenir vos documents à la Direction de l’enseignement et des affaires universitaires. |  |

*Service développement de l’organisation, de l’individu et des talents – enseignement non universitaire (Service DOIT-ENU)*

*Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)*

*07-2017*