**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  INLB  HRR |
| **Titre d’emploi :** | | 1255 Beauregard  Autre : |
| **Statut :**  Temps complet  Temps partiel  Liste de rappel | | |
| Syndiqué (précisez le syndicat) :   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 :** AcceptéeRefusée | |
| **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](mailto:formation.drhcaj.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca) | | [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcR3kA1VgT5DWvj4wxZuChnGnyybZiIijThv08cDpzTxXlhiMkDbkwrHWQ](http://www.icône.com/tag-courrier-0) | 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*