

Demande de formation individuelle - non cadre

Les champs en **rouge** sont obligatoires.

Une demande incomplète vous sera retournée

1. Informations personnelles	
Nom :	Matricule :
Titre d'emploi :	
Supérieur Immédiat :	
Courriel ou téléphone :	

2. Informations sur l'activité	
Titre de l'activité :	
Format pédagogique :	
Date :	Durée (hrs) :
Organisme formateur :	
Lieu :	

3. Estimation des coûts liés à la formation		
<i>En l'absence d'information, veuillez estimer les coûts, si aucun, écrire 0</i>		
Nature des coûts	Total	Notes
Frais d'inscription		
Kilométrage (#)	X 0,43\$	
Transport en commun		
Stationnement		
Hébergement		
Repas		
Matériel pédagogique		
Autre (précisez)		
Grand total		

Signature de l'employé(e)	Signature du supérieur immédiat	Date
---------------------------	---------------------------------	------

Si la formation est à l'extérieur de la grande région de Montréal, la signature du directeur ou directeur adjoint est requise.	Signature du directeur/ directeur adjoint
--	---

<p>Suite à l'approbation :</p> <p>Inscrivez-vous à votre activité de formation et payez les frais associés.</p> <p>Afin que votre demande soit traitée adéquatement, les documents suivants doivent être envoyés au service du développement organisationnel et formation ainsi qu'au service de la paie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Demande de formation signée• Plan de formation ou dépliant publicitaire de l'activité de formation• Preuve d'inscription et de paiement <p>Veuillez les transmettre par courriel à formation.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca et à la personne responsable de votre paie.</p> <p><i>*Veuillez prendre note que ce formulaire ne s'applique pas aux employés de la Direction des soins infirmiers de l'Hôpital général juif ainsi qu'aux employés syndiqués APTS de l'Hôpital général juif.</i></p>
