

Demande individuelle de participation à une activité de formation (DIP)

Développement professionnel continu (DPC) / Direction des soins infirmiers (DSI) / Direction des ressources humaines - Secteur cadres

Demande de l'employé (remplir tous les champs)

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule : _____
 Titre d'emploi : _____ Service : _____ Direction : _____
 Cadre ☐ Non syndiqué ☐ Syndiqué ☐ (préciser) : _____ Relève cadres ☐
 Adresse courriel : _____ Poste tél. : _____
 Titre de l'activité : _____ Lieu : _____
 Organisme dispensateur : _____ Durée et date(s) de l'activité : _____

À remplir par le supérieur immédiat

Code autorisé au relevé de présence À l'usage de DPC / DSI / Secteur cadres

Journées(s) autorisée(s) (avec salaire) Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquez les dates : _____

For.C ☐ FOR ☐

Sous-programme (A l'usage de DPC / DSI / Secteur cadres)

Répartition des frais

À l'usage de DPC / DSI / Secteur cadres

À remplir par l'employé Montant demandé		Supérieur immédiat Montant maximum accordé		Montant \$	N° compte budgétaire	SP
Inscription / Frais de scolarité	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire ☐ Département _____ ☐ Formation _____			
Hébergement / Repas	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire ☐ Département _____ ☐ Formation _____			
Transport	KM (voiture) ¹ _____ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire ☐ Département _____ ☐ Formation _____			
Autres	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire ☐ Département _____ ☐ Formation _____			
AVANCE DEMANDÉE² _____ \$ (min. 500 \$ / max. 2 500 \$) Dollars CAD ² Un minimum de 30 jours est demandé pour traiter l'avance de fonds. Chaque demande sera évaluée avant approbation. Certaines conditions s'appliquent.				Avance traitée ☐ Montant : _____ \$ Versée dans les 30 jours suivant le : _____ Période du versement : _____ Activité : _____		

Le montant du remboursement sera déterminé en fonction des montants autorisés et selon les modalités de remboursement prévues.

Tous frais faisant l'objet d'un dépassement seront imputés au département de l'employé avec l'accord du gestionnaire.

¹Le kilométrage remboursable est calculé pour les trajets en voiture entre le CHUM et le lieu de l'activité.

☐ J'ai pris connaissance de la politique 70 411 et du verso de ce formulaire qui indique les documents que je dois fournir. Je confirme que ma demande est complète.	Justifiez votre demande (ex. objectifs de la formation) : _____ _____ _____
---	--

Employé	Supérieur immédiat	À l'usage de DPC / DSI / Secteur cadres
Signature : _____	Nom : _____	Signature : _____
Date : _____	Signature : _____	Poste tél. : _____
	Poste tél. : _____ Date : _____	Date de réception : _____

À l'usage de la comptabilité

No compte budgétaire	Inscription / Frais de scolarité	Hébergement	Repas	Auto		Stationnement	Autres déplacements (avion, autobus, taxi)	Divers	Avance reçue à l'usage du DPC	
				KM	\$					
										Période de paie : _____
										Total versé : _____
										Initiale : _____
Indice	51 (53) ((20))	52 (62) ((49))	52 (62) ((49))	260-04		54 (64)	55 (65) ((57))		663-96	

Retournez le formulaire complété ainsi que vos pièces justificatives au service du développement professionnel continu:
 dip.formation.chum@ssss.gouv.qc.ca

Vous êtes employé.e

Avez-vous indiqué...

- ☐ votre **matricule** (pas le code p)
- ☐ la date de l'activité
- ☐ la durée de l'activité

Avez-vous joint...

- ☐ une **LISTE NUMÉROTÉE** de toutes les dépenses
Inscrivez le numéro de chacune des dépenses
sur la facture correspondante
Si applicable, indiquez le nombre de nuit réclamé
en hébergement

Pour le remboursement des frais d'**HÉBERGEMENT**

- ☐ la facture détaillée reçue au moment du départ
Les confirmations de réservation ne sont pas
acceptées comme preuve
- ☐ si applicable, la preuve d'une entente officielle entre
l'événement et l'hébergement
Assurez-vous que l'adresse civique du lieu de
l'événement et du lieu d'hébergement soit indiquée

Pour le remboursement des frais **REPAS**

- ☐ la facture détaillée ET le reçu de paiement pour
chacun des repas

Pour le remboursement des frais d'**INSCRIPTION**

- ☐ la facture détaillée ET le reçu de paiement
- ☐ le syllabus de l'activité
- ☐ l'attestation de présence

Pour le remboursement des frais de **TRANSPORT EN VOITURE**

- ☐ l'itinéraire *Google maps*
Le point de départ est le lieu de travail

Pour le remboursement des frais de **TRANSPORT EN AVION**

- ☐ la preuve d'achat en classe économique
Incluant le nom des voyageurs, la date de départ et la
date de retour

Si les paiements sont en **DEVICES ÉTRANGÈRES**

- ☐ le relevé de carte de crédit
Numérotez chacune des transactions pour l'associer
à la facture correspondante

Vous êtes supérieur.e immédiat.e

Rémunération

- ☐ Indiquez si vous autorisez ou non la rémunération des heures de l'activité
- ☐ Si vous autorisez la rémunération, précisez les dates et le nombre d'heures réelles de l'activité

Remboursement

- ☐ Indiquez si les frais doivent être remboursés par le PDRH ou par votre département (ou les 2)
- ☐ Si une partie des frais est remboursée par votre département, indiquez votre numéro de compte
- ☐ S'il s'agit d'un compte en fiducie, veuillez l'indiquer sur le formulaire

Signature

- ☐ Signez le formulaire