

## 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  TFO

Sous-programme (À 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 <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
Hébergement / Repas	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
Transport	_____ KM (voiture) _____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			
Autres	_____ \$ Dollars CAD	_____ \$ Dollars CAD	N° compte budgétaire <input type="checkbox"/> Département _____ <input type="checkbox"/> Formation _____			

**AVANCE DEMANDÉE\*** \_\_\_\_\_ \$  
 (min. 500 \$ / max. 2 500 \$) Dollars CAD

\*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.

Justifiez votre demande (ex. objectifs de la formation) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Employé	Supérieur immédiat	À l'usage de DPC / DSI / Secteur cadres
Signature: _____ Date : _____	Nom : _____ Signature: _____ Poste tél. : _____ Date : _____	Signature : _____ Poste tél. : _____ 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 de l'Académie CHUM	
				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 aux coordonnées suivantes : dip.formation.chum@ssss.gouv.qc.ca / Télécopieur : 514 412-7664

## 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

### Liste de vérification pour le gestionnaire

#### Pertinence de la formation

Est-ce que la formation est :

en lien avec le titre d'emploi et les tâches quotidiennes?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
en lien avec les priorités organisationnelles?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
innovante?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
la plus économique?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
la plus près géographiquement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
profitable pour l'individu/l'équipe?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
est essentielle pour assurer le bon déroulement des processus?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
permet d'améliorer la performance et l'efficacité?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
apporte une plus grande versatilité/flexibilité/agilité?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
est nécessaire pour assurer la relève?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

#### Pertinence du choix de l'employé participant

Est-ce que l'employé en a besoin dans le cadre de ses fonctions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que l'employé pourra transférer les nouvelles connaissances/compétences acquises à ses collègues pour en faire profiter le plus d'employés possible?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que l'employé utilisera les nouvelles connaissances/compétences à court, moyen et long terme?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que l'employé pourra être libéré?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

#### Pour les formations de plus de 3000\$ en perfectionnement

Est-ce que l'employé en a bénéficié dans les 3 dernières années?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y a-t-il un autre membre de l'équipe qui pourrait en bénéficier?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

#### Décision

La demande de formation est-elle <b>approuvée</b> ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
---	---

Justification du refus :

---



---



---



---



---



---



---