

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE PARTICIPATION À UNE FORMATION INDIVIDUELLE

### DEMANDE

<p><b>Pour être traitée, votre demande doit être complète, c'est-à-dire contenir (prévoir un délai de 10 jours ouvrables) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le formulaire de demande de participation complété</li> <li><input type="checkbox"/> Le formulaire d'inscription (si requis)</li> <li><input type="checkbox"/> Le plan de cours ou programme de l'activité</li> <li><input type="checkbox"/> Les signatures requises</li> </ul>	<p><b>Particularités :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1<sup>re</sup> demande de perfectionnement</li> <li><input type="checkbox"/> 2<sup>e</sup> ou plus demande de perfectionnement</li> <li><input type="checkbox"/> Formation de formateur</li> <li><input type="checkbox"/> En ligne (Teams, Zoom, Webinaire, Visioconférence, ...)</li> <li><input type="checkbox"/> Organisée par un autre service : _____</li> <li><input type="checkbox"/> Autre : _____</li> </ul>
---	--

### IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Nom :	Prénom :
Coordonnées téléphoniques (# de tél. + # de poste) :	
# employé (matricule) :	Direction :
Titre d'emploi :	Sous-service (# 6 chiffres):
Statut :	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Liste de rappel
<input type="checkbox"/> Syndiqué (précisez le syndicat) :	<input type="checkbox"/> Syndicable/non syndiqué <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autre

### DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

Titre de l'activité :	
Date(s) :	Durée :
Horaire/heure :	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)
<input type="checkbox"/> Frais d'inscription :			
<input type="checkbox"/> Frais de déplacement (Transport et stationnement)* :			
<input type="checkbox"/> Repas* :			
<input type="checkbox"/> Hébergement (nuitée)* :			
<input type="checkbox"/> Autre* : (spécifiez)			
<b>TOTAL :</b>			

\*Remboursement maximal accordé en respect des circulaires ministérielles, politiques et modalités de remboursement et des obligations conventionnées.

### PAIEMENT DES FRAIS D'INSCRIPTION : Joindre la preuve d'inscription et de paiement

<input type="checkbox"/> <b>Paiement par l'employé</b>	<input type="checkbox"/> Je demanderai un remboursement et ferai mon compte de dépenses avec ma preuve d'inscription et de paiement via WebPaie	
<input type="checkbox"/> <b>Paiement par chèque par le CISSSMC à l'organisme avant l'activité</b> (délai minimum de 30 jours)	Un chèque au montant de \$ doit être émis	
À l'ordre de :		
Adresse complète :		
Coordonnées téléphoniques :		

### REQUÉRANT

Signature :	Date :
-------------	--------

## SOURCE DE FINANCEMENT

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Prévue au plan de développement des ressources humaines (PDRH)  |
| <input type="checkbox"/> Budget du service   |
| <input type="checkbox"/> Revenus de stage ** (voir démarche spécifique au bas du présent formulaire)   |
| <input type="checkbox"/> Autre source de financement (précisez) :<br>Autre précision<br>(ex. : partage de coûts entre plusieurs budgets ou avec l'employé) : |

Lors de l'activité, l'employé est : (cochez toutes les situations applicables)

- |   |
|---|
| 1 - <input type="checkbox"/> Prévu au travail      ou <input type="checkbox"/> En congé   |
| 2 - <input type="checkbox"/> Remplacé      ou <input type="checkbox"/> Non remplacé   |
| 3 - <input type="checkbox"/> Rémunéré      ou <input type="checkbox"/> Non rémunéré   |
| 4 - En formation en dehors des heures régulières de travail : <input type="checkbox"/> Oui      ou <input type="checkbox"/> 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 :

## MODE DE TRANSMISSION DE LA DEMANDE DE PARTICIPATION À UNE FORMATION :

@	16 CISSS Montréal-Centre FORMATION DRHCAJ ou <a href="mailto:formation.drhc.aj.cissmc16@ssss.gouv.qc.ca">formation.drhc.aj.cissmc16@ssss.gouv.qc.ca</a>
---	---

**Important :**

Il est requis d'obtenir l'autorisation du Service du développement organisationnel avant de procéder à votre inscription ou d'engager une somme monétaire.

## REVENUS DE STAGE :

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

Service du développement organisationnel (Service DO)

Direction des ressources humaines, du développement organisationnel et des affaires juridiques (DRHDO-AJ)