

## 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> <p><input type="checkbox"/> Le formulaire de demande de participation complété</p> <p><input type="checkbox"/> Le formulaire d'inscription (si requis)</p> <p><input type="checkbox"/> Le plan de cours ou programme de l'activité</p> <p><input type="checkbox"/> Les signatures requises</p>	<p><b>Particularités :</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1<sup>re</sup> demande de perfectionnement</p> <p><input type="checkbox"/> 2<sup>e</sup> ou plus demande de perfectionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Formation de formateur</p> <p><input type="checkbox"/> En ligne (Teams, Zoom, Webinaire, Visioconférence, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Organisée par un autre service : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p>
--	---

### IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

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

### DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

<b>Titre de l'activité :</b>	
<b>Date(s) :</b>	<b>Durée :</b>
<b>Horaire/heure :</b>	<b>Lieu :</b>
<b>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.)</b>	

<b>FRAIS DE FORMATION (*Estimation)</b>	<b>Nombre</b>	<b>Montant</b>	<b>Précisions (ex. : partage des frais, covoiturage)</b>
<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

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

### REQUÉRANT

<b>Signature :</b>	<b>Date :</b>
--------------------	---------------

## SOURCE DE FINANCEMENT

<input type="checkbox"/> Prévus 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) : _____ Autre précision : _____ (ex. : partage de coûts entre plusieurs budgets ou avec l'employé) : _____
---

<b>Lors de l'activité, l'employé est :</b> (cochez toutes les situations applicables)	
1 - <input type="checkbox"/> Prévus 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

<b>La demande est :</b> <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée	
<b>Précision lors de refus:</b>	
<b>Nom</b> (en lettres moulées) :	<b>Signature :</b>
Coordonnées téléphoniques complètes :	Date :

## AUTRE AUTORISATION, si requise

<b>Nom</b> (en lettres moulées) :	<b>Signature :</b>
Coordonnées téléphoniques complètes :	Date :

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

@	16 CISSS Montérégie-Centre FORMATION DRHCAJ ou <a href="mailto:formation.drhcj.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca">formation.drhcj.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca</a>
---	---

<b>Important :</b> 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)

11-2023