

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR LE FINANCEMENT FONDS QUALIFICATION ET COMPTE PERSONNEL DE FORMATION 2019

(une fiche par agent accompagnée du bulletin de salaire de novembre 2018 et du devis ou de la convention de formation)

**ETABLISSEMENT :**

Date de CTE : ..... Avis :  Favorable  Défavorable      Ordre de priorité du dossier : .....

**AGENT :** Mme - Mlle - M. : ..... Prénom : ..... Mobilisation CPF  oui\*  non   
(Copie du contrat de travail si CDD)      Compte personnel de formation      Nombre d'heures : .....

\* joindre l'accord de l'agent pour la mobilisation du CPF

L'agent envisage une évolution professionnelle :  Oui  Non

Dans quel cadre ? .....

**Formation certifiante, qualifiante, diplômante**

Intitulé de la formation : .....  Niveau III  Niveau IV  Niveau V

Date de début de scolarité : ..... / ..... / .....      Date de fin de scolarité : ..... / ..... / .....

Nbre d'heures de formation : .....      Nbre d'heures en stage : .....

Organisme de formation : .....      Lieu de stage : .....

Numéro de déclaration d'activité : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/      Adresse : .....

Objectifs visés à l'issue de la formation : .....

**Financement et répartition :**

Date de début	Date de fin	FINANCEMENT	Frais pédagogiques	Frais de déplacement	Frais de traitement Forfait <small>(3ème échelon du grade)</small>	TOTAL
		<b>ANFH</b>	€	€	<b>Calculés par l'ANFH</b>	€

**Le certificat, la qualification ou le diplôme visé est inscrit au RNCP (Répertoire National des Certifications Professionnelles) de niveau III, IV ou V**

Sur le CPF :

- Une formation qui s'inscrit dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle (quelle que soit la nature du projet).
- Une formation diplômante ou qualifiante inscrite au Répertoire National de la Certification Professionnelle (<http://www.cncp.gouv.fr/>).
- Une formation à visée professionnalisante.
- Les formations de type « cléa » sont éligibles, (cléa, la certification socle de connaissances et compétences professionnelles du Copanef)- <http://www.certificat-clea.fr>

**L'établissement atteste avoir pris connaissance des conditions de prise en charge de l'ANFH et certifie l'exactitude des renseignements fournis et la conformité des documents joints .**

Le Directeur de l'établissement : ..... Signature :

Fait à : ..... Le : ..... Cachet de l'établissement