

DEMANDE DE FORMATION INDIVIDUELLE

Intitulé de la formation : _____

Organisme de formation : _____

Lieu de formation : _____

Coût de la formation (TTC) : _____

Coût annexe éventuel (frais de séjour-déplacements) : _____

Dates / Durée : _____

☐ Action de formation à la demande de l'agent☐ Action de formation à la demande du serviceMadame ☐ Monsieur ☐

Date de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Missions / Fonctions exercées : _____

Statut : ☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel - Date de fin de contrat : _____Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C Grade : _____ Filière : ☐ AENES ☐ ITRF ☐ BibliothèqueEnseignant : ☐ PR ☐ MCF ☐ PRAG ☐ PRCE ☐ ATER ☐ Autres

Composante : _____

Service ou Laboratoire : _____

Tel : _____

Mail : _____

■ Motivation de l'agent :

.....
.....
.....

■ Description du contenu de la formation (joindre impérativement un descriptif):

.....
.....

■ Intérêt pour l'Université de Limoges (fonctions actuelles ou à venir)

.....
.....

■ Formation à la demande de l'agent = utilisation du CPF

Nombre d'heures de formation utilisées :

■ Formation à la demande du service

Motif de la demande (à compléter par le supérieur hiérarchique) :☐ Personnel nouveau : acquisition de compétences☐ Mise à niveau de compétences rendue nécessaire par l'évolution du contexte☐ Autre (Préciser) :Date, nom et signature
du Chef de serviceDate et signature
de l'Agent

Visa du Doyen ou Directeur :

DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIERE

(à joindre si vous souhaitez demander une prise en charge financière à la DRH – Service Formation des Personnels)

■ **Participation financière du service ou de la composante :**

Montant de la participation au coût de la formation :€

Prise en charge des frais de séjour : ☐ OUI ☐ NON

Ligne budgétaire SIFAC support de cette participation : CF :eOTP :

■ **Montant demandé à la DRH – Service Formation des Personnels :**

.....€

Validation de la composante

Date, nom et signature
du Chef de service

Date et signature :
Visa du Doyen ou Directeur

Instruction par le service Formation Professionnelle des Personnels de la DRH

Avis du DGSA-DRH

☐ Favorable

☐ Défavorable

Date :

Signature :