

Pour tout renseignement et/ou retourner le bulletin avant jeudi 5 juin 2025 : formation.dpcm.dfc@aphp.fr Merci de joindre à votre bulletin : votre CV, un courrier de soutien du supérieur hiérarchique, votre lettre de motivation.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Monsieur Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénoms : Date de naissance :

Tél : Email : Code APH si AP-HP :

Adresse personnelle :

Profession : Établissement :

Service : Lieu de service :

Date et signature du stagiaire :

LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES PERSONNELS DE L'AP-HP EST EFFECTUÉE PAR LE DPCM. POUR LES PERSONNELS HORS AP-HP, MERCI DE FAIRE REMPLIR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE CI-DESSOUS PAR VOTRE ÉTABLISSEMENT :

EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale :

Adresse :

Téléphone : Adresse e-mail :

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Personnelle Organisme financeur (OPCO...), précisez :

Employeur Autre, précisez :

Si la prise en charge est personnelle : joindre obligatoirement une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité et un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois.

Si la prise en charge est faite par un organisme financeur : joindre le contrat de prise en charge et les références du dossier.

Si besoin, le certificat Qualiopi® de l'organisme de formation CFDC pour l'AP-HP pour la catégorie « actions de formation » est téléchargeable sur le site : <https://cfdc.aphp.fr/demarche-qualite/>

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné (e) : Nom : Prénom :

ou Établissement :

Nom et qualité du signataire :

N° SIRET ou SIREN :

Adresse de facturation :

Téléphone : Adresse e-mail :

m'engage à verser la somme de 4 500 euros TTC pour la formation dès réception de l'avis de paiement établi par la Direction Spécialisée des Finances Publiques de l'AP-HP. Toute session commencée est due.

Date et signature du financeur :

Cachet de l'établissement :

Convention de formation : Toute demande d'inscription validée par le centre fera l'objet d'une convention de formation.

Horaires et lieux : Ils seront précisés sur le programme. Les enseignements ont lieu à Paris intra-muros, en présentiel.

Notre organisme est enregistré sous le numéro de déclaration d'activité : 1175PO15675

Numéro de SIRET des centres de formation de l'AP-HP : 267 500 452 01928

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé. L'AP-HP est le destinataire des données. Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit vous pouvez prendre contact avec la structure de formation (voir les coordonnées ci-dessus).

Dans le cadre de la démarche qualité, si vous souhaitez déclarer un événement indésirable de formation (EIF), un formulaire de déclaration est disponible. Prenez contact avec le centre de formation.