

BULLETIN D'INSCRIPTION À UNE FORMATION À DESTINATION DU PERSONNEL HORS AP-HP

À transmettre exclusivement par courriel à : formation.dpcm.dfc@aphp.fr
Toute demande incomplète sera retournée

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Monsieur Nom usuel :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance : Tél : Email :

Adresse personnelle :

.....

Profession :

Service :

Lieu de service :

Établissement :

Date de la demande : Signature du demandeur :

FORMATION

Intitulé de la formation:

Dates : Lieu :

Durée (h) : Code stage : Code session :

PRISES EN CHARGE PAR UN ÉTABLISSEMENT OU ORGANISME :

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/>

TOURNER SVP



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 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 :

Horaires et lieux : Un mail de confirmation vous sera envoyé par le chargé de formation, précisant l'horaire et le lieu de la formation.

Accès et accessibilité : Le campus est accessible aux personnes à mobilité réduite ainsi qu'aux personnes en situation de handicap.

Afin de répondre au mieux à vos besoins et vous proposer un accompagnement personnalisé, nous vous invitons à prendre contact avec le responsable de la formation et auprès de notre référent handicap : laurent.bourdin@aphp.fr

Évènements indésirables : Inscrits dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, nous sommes à votre écoute, n'hésitez pas

à nous déclarer tout événement indésirable en adressant [ce formulaire](#) par mail à : e.i.qualite-dpcm.dfc@aphp.fr

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

VOS CONTACTS AU DÉPARTEMENT DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU MÉDICAL AP-HP :

Assistantes formation :

Lynda LAROCHE - Mail : lynda.laroche@aphp.fr - Tél : 01 40 27 44 67

Micheline MENDY - Mail : micheline.mendy@aphp.fr - Tél : 01 86 69 22

Sandrine PRIGENT - Mail : sandrine.prigent@aphp.fr - Tél : 01 40 27 44 73

Responsable du DPCM :

Laurent BOURDIN - Mail : laurent.bourdin@aphp.fr - Tél : 01 40 27 44 95

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.