**UNIVERSITE COTE D’AZUR**



**Direction des Ressources Humaines**

Service Formation et Développement des Compétences

Grand Château - 28, avenue Valrose - BP 2135

06103 NICE Cedex 2

drh.formations@univ-cotedazur.fr

 **Formulaire de prise en charge d’une action individuelle (\*)**

**Toute demande de prise en chargé en T2 ou en T3 doit être envoyée dans un délai minimum de deux mois avant le début de la formation pour être étudiée** **par la commission formation**

[ ]  Formation [ ]  Accompagnement VAE [ ]  Bilan de compétences [ ]  Préparation personnelle à un concours

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Prénom :**  |  |
| **Statut :**  |  |
| **Service, Composante, Laboratoire :** |  |
| **Intitulé de la formation sollicitée :** |  |
| **Modalité de la formation :** | **[ ]  présentiel [ ]  à distance [ ]  hybride** |
| **Date et lieu :** |  |
| **Coût de la formation hors frais de mission :** *(préciser HT ou TTC)* |  |

* **Quelles sont vos fonctions actuelles :**
* **Quelles sont vos motivations et votre intérêt professionnel pour le suivi de cette action :**
* **Quelles compétences souhaitez-vous acquérir ou compléter ?**
* **Comment avez-vous fait le choix de cet organisme de formation ? merci de préciser si vous avez sollicité plusieurs organismes et sur quels critères s’est porté votre choix, ou si seul cet organisme propose la formation demandée**

***(\*) joindre impérativement le programme et le devis***

**Finalités de l’action souhaitée :**

**[ ]  T1 : adaptation immédiate au poste de travail (non éligible au CPF)**

Cette formation vous apportera les connaissances et les compétences indispensables pour exercer votre fonction actuelle. **« ici et maintenant »**

**[ ]  T2 : évolution des métiers**

Cette formation vous permettra d’approfondir vos compétences techniques ou vous apportera les compétences dans le cadre d’une évolution prévue de votre emploi. **« ici et demain »**

**[ ]  T3 : développement ou acquisition de nouvelles compétences**

Cette formation vous permettra d’approfondir votre culture professionnelle ou votre niveau d’expertise pour élargir vos compétences. Elle peut également vous aider à construire votre projet personnel à caractère professionnel (mobilité, reconversion), au-delà du cadre de votre emploi actuel **« demain et ailleurs »**

**[ ]  Préparation concours**

Vous souhaitez **suivre une action de formation** aux fins de préparation aux concours, vous disposez de 5 jours de formation de préparation à un concours

**Compte Personnel de Formation CPF :**

**[ ]** Je souhaite mobiliser mon **Compte Personnel de Formation (CPF)** pour le suivi de la présente action (uniquement si la finalité de votre demande relève du T2 ou du T3) en complément des 30 heures (5 jours) de formation mobilisables chaque année (\*). Nombre d’heures de CPF mobilisées : …………

*(\*) joindre impérativement un relevé de votre solde CPF à imprimer depuis votre compte sur le site «*[*moncompteactivite.gouv.fr*](https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/)*»*

Cette demande vient-elle en complément d’une demande de **Congé de Formation Professionnelle** dans le cadre de la campagne annuelle de CFP ? 🗖oui 🗖non

**[ ]** Je souhaite mobiliser mon CPF pour bénéficier **d’une préparation personnelle à un concours** (5 jours maximum par année civile, sous réserve de l’accord du supérieur hiérarchique et en fonction des nécessités de service). Attention, ces jours sont à prendre en priorité sur le Compte Epargne Temps si vous en disposez, et à défaut sur le CPF (\*). Nombre de jours sollicités sur le CPF : ……………

*(\*) joindre impérativement un relevé de CET à demander au bureau du personnel de votre composante et un relevé de votre solde CPF à imprimer depuis votre compte sur le site «*[*moncompteactivite.gouv.fr*](https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/)*»*

**L’agent bénéficiaire d’une action de formation et/ou de certification, note qu’il pourra être sollicité par le Service Formation et Gestion des Compétences, dans le cadre de son service, afin de transmettre en interne, les compétences acquises lors de cette formation.**

Fait à : le :

Signature du demandeur

|  |
| --- |
| **Avis et Visa** |
| **Responsable hiérarchique** | **Responsable Administratif ou Directeur (EUR, Composante, Site)** | **Directeur des Ressources Humaines** |
| **Nom et Prénom :**  | **Nom et Prénom :**  | **Nom et Prénom : DRH** |
| **[ ]  Favorable****[ ]  Défavorable****Remarques :** | **[ ]  Favorable****[ ]  Défavorable****Remarques :** | **[ ]  Favorable****[ ]  Défavorable****Remarques :** |
| **Date et signature** | **Date et signature** | **Date et signature** |
| **Avis de la Commission Formation** |
| **Date :****[ ]  Favorable****Modalités de prise en charge** (\*)**:*** **Taux applicable :**
* **Montant pris en charge par le service formation :**
* **Cofinancement :**
* **Nombre d’heures CPF accordées :**

**[ ]  Défavorable****Motivation du refus :** |

(\*) Selon modalités de prise en charge des frais pédagogiques (CA du 18 décembre 2018)