

FORMULAIRE - GROUPE

Demande de financement Activité de développement professionnel continu en soins infirmiers

SECTION À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR			
Nom et prénom			
Titre d'emploi		Secteur d'activité	
Titre de l'activité de formation			
Formation en lien avec la sécurité	La formation demandée touche-t-elle la sécurité des patients ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, en quoi ? _____		
Formateur ou organisme			
Date(s) de l'activité		Lieu	
Frais liés à l'activité	Nb Infirmières _____ Salaire moyen _____ Nb d'heures _____ Total _____	Nb infirmières auxiliaires _____ Salaire moyen _____ Nb d'heures _____ Total _____	
Pertinence de l'activité			
Date d'aujourd'hui			
SECTION ENGAGEMENT DE DEMANDEUR			
<input type="checkbox"/> Je suis informé que le remboursement de cette activité se fera uniquement si j'ai obtenu l'approbation préalable pour cette demande.			
<input type="checkbox"/> Je suis informé qu'aucune formation en temps supplémentaire ne sera accordée.			
SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS			
Numéro de la demande			
Catégorie d'activité de formation	<input type="checkbox"/> Congrès ou colloques extérieur du Qc <input type="checkbox"/> Formation continue Mtl et environs <input type="checkbox"/> Participation à des Comités de formation <input type="checkbox"/> Activité de formation en grands groupes <input type="checkbox"/> Certifications	<input type="checkbox"/> Formation à caractère obligatoire <input type="checkbox"/> Organismes Accréditeurs <input type="checkbox"/> Formation spécifique plateaux ou projet transversal <input type="checkbox"/> Formation continue - Projet MÉLÉPI <input type="checkbox"/> Projet organisationnel	
État de la demande	<input type="checkbox"/> Approuvée Montant alloué : _____		
	<input type="checkbox"/> Refusée Raison : _____		
Date de la décision			
Avis de la décision	Courriel envoyé à : _____		
	Date : _____		