

FORMULAIRE - INDIVIDUEL

Demande de financement Activité de développement professionnel continu en soins infirmiers

SECTION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ			
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		Nombre d'heures	
Lieu			
Frais reliés à l'activité	Inscription _____ Repas _____ Hébergement _____	Transport _____ Salaire _____ Total _____	
Pertinence de l'activité			
Demande préalablement acceptée par le supérieur immédiat	Nom du supérieur _____ Avisé en date du _____		
Date d'aujourd'hui			

SECTION ENGAGEMENT DE L'EMPLOYÉ	
<input type="checkbox"/>	Je confirme avoir discuté de cette demande avec mon supérieur immédiat et avoir obtenu son approbation avant de soumettre ce formulaire de demande.
<input type="checkbox"/>	Je suis informé que le remboursement de mon activité se fera uniquement si j'ai obtenu l'approbation préalable pour cette demande.
<input type="checkbox"/>	Je suis informé que le remboursement de mon activité se fera uniquement sur présentation des factures et reçus originaux exigés par la comptabilité via le formulaire de « Demande de remboursement ».
<input type="checkbox"/>	Suite à la tenue de cette activité de formation, je m'engage à participer à une activité de partage des apprentissages offerte à mes collègues du CHUSJ. Je m'engage à soumettre une proposition d'activité de formation à un membre de la Direction des soins infirmiers afin qu'ils me soutiennent dans la préparation de cette activité. Je suis conscient d'avoir une obligation professionnelle d'offrir un retour sur mes apprentissages afin d'en faire bénéficier la pratique clinique du CHUSJ.

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 au code Montant alloué : _____ <input type="checkbox"/> Refusée Raison : _____
Date de la décision	
Avis de la décision	Courriel envoyé à : _____ Date : _____