

Mise à jour : 2019-10-01

À L'INTENTION DU REQUÉRANT

Pour faciliter le traitement de la demande, veuillez remplir les sections 1 à 3 sur la version électronique du formulaire

1. Identification du requérant

Nom : _____ Matricule : _____
Titre d'emploi : _____ Téléphone au bureau : _____
Direction : _____
Nom du supérieur immédiat : _____

2. Identification du montant réclamé

Nature des frais réclamés* : _____ Montant réclamé : _____ \$ tx incluses

☐ Colloque professionnel, formation dispensée par un ordre professionnel ou une association accréditée ou autre formation reliée au développement de la pratique professionnelle au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Titre de la formation : _____

Organisme/Formateur : _____ Date : _____

☐ Achat de livres requis pour la formation suivie ☐ Achat de livres dans un but d'autoformation

☐ Scolarité additionnelle*

☐ Activité de soutien, mentorat externe, coach externe, superviseur externe, etc.

***Joindre au présent formulaire le plan de cours ou le syllabus de la formation**

3. Signature du requérant

☐ Je confirme être une personne salariée visée par l'accréditation APTS :

- qui travaille à temps complet / à temps partiel ou sur la liste de disponibilité;
- qui est considérée au travail (salarié en congé sans solde personnel n'est pas visé par la présente entente);
- et que le montant réclamé est en lien avec le développement de la pratique professionnelle exercée au CISSS de la Montérégie-Ouest.

Signature : _____ Date de la demande : _____
AAAA-MM-JJ

4. Approbation par la DSMREU – Formation et développement professionnel

Montant accordé : _____ \$ tx incluses

Signature : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Pour le remboursement d'une activité de développement de la pratique professionnelle, nous vous invitons à vous référer aux étapes à suivre sur la page [Ma formation](#) via intranet sous la section *Lettre d'entente no. 5 APTS*.

Pour toute question, information additionnelle ou soutien en lien avec cette entente, veuillez envoyer un courriel avec la mention **Question lettre d'entente #5 APTS** à formation.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca.