

**Demande du salarié**

NOM	
Prénom	
Adresse	

Libellé de la formation
Organisme de formation

Coût de la formation	€
----------------------	---

Date de début de formation	
Date de fin de formation	
Durée de la formation (heures, jours)	
Nombre d'heures de DIF demandées	

<input type="checkbox"/> Formation hors temps de travail	<input type="checkbox"/> Formation sur temps de travail
--	---

Date de la demande		Signature du salarié	
Crédit d'heures au titre du DIF			

**Cadre à remplir par le manager**

Date de réception de la demande		
Le projet professionnel du salarié est tracé dans Comp&Tal	Oui	Non
La formation est en lien avec le projet professionnel du salarié validé	Oui	Non
La formation demandée intéresse l'entreprise ou la branche des IEG	Oui	Non
Accord de principe sur les conditions d'utilisation du DIF	Oui	Non
Si refus, motivations		

**Cadre à remplir par le correspondant formation**

Durée de formation compatible avec les droits acquis	Oui	Non
Organisme de formation agréé	Oui	Non
Organisme de formation référencé dans les marchés RTE	Oui	Non
Si non, la formation peut-elle être dispensée par un organisme référencé RTE ?	Oui	Non
La prise en charge financière sera-t-elle assurée par AGEFOS-PME ?	Oui	Non

**Décision finale du manager**

<input type="checkbox"/> Accord pour l'utilisation du DIF	<input type="checkbox"/> Refus d'utilisation du DIF
---	---

*Important : La décision finale du manager doit être matérialisée par une lettre, préparée par le correspondant formation et envoyée par le manager au salarié dans un délai maximal d'un mois après la demande*

Date de réponse au salarié	
----------------------------	--