

INSTITUT DE LA GESTION PUBLIQUE ET DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE
Opérateur de formation permanente du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance

BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL

- Catalogue interministériel -

à retourner par voie électronique à votre chargé(e) de clientèle dédié(e) au sein du département des Relations avec les clients - RECIT- (ou à défaut à info.igpde@finances.gouv.fr).

Ce bulletin est à remettre à votre responsable de la formation, lequel le transmettra au chargé(e) de clientèle RECIT en charge du suivi de votre structure. Afin de faciliter la lisibilité du document, nous vous recommandons de **renseigner toutes les rubriques impérativement via le traitement de texte**. A défaut, il sera retourné pour complément.

STAGE

Intitulé : Code catalogue :

Dates souhaitées (par ordre de préférence)

1 – du au 2 – du au 3 – du au

STAGIAIRE

M. M^{me} Nom d'usage :

Prénom :

Nom de famille :

Date de naissance : jj/mm/aaaa

Statut : titulaire stagiaire contractuel

Catégorie (ou assimilé) : A+ A B C Ouvrier

Corps (en toutes lettres) :

PNA (position normale d'activité)

Fonction exercée :

Fonction publique : État Territoriale Établissement public Autre :

MINISTÈRE ou STRUCTURE D'AFFECTATION

Dénomination :

Direction :

Service / bureau :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

(obligatoire pour vous transmettre la convocation)

CONTEXTE PROFESSIONNEL ET MOTIVATIONS

- Description détaillée de vos fonctions :
- Vos attentes par rapport à cette formation **au regard des fonctions occupées** (*information nécessaire pour constituer les groupes*):
- Autres actions de formation déjà suivies sur le même thème :
- Intitulé :Année : _____ Organisme : Durée :
- Intitulé :Année : _____ Organisme : Durée :
- Vos besoins particuliers (*aménagement de poste etc.*) :
- Votre demande concerne le CPF : **oui** **non**
- Si oui, quel est le montant de votre prise en charge financière :€

Visa de l'agent

Le : ___/___/___ Signature :

Visa du supérieur hiérarchique

Le : ___/___/___ Nom-Prénom : Signature :

STRUCTURE EMPLOYEUR (à remplir par le conseiller formation)

Nom du conseiller formation :

Nom de la structure :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Courriel (*si vous souhaitez être destinataire en copie de la confirmation d'inscription et de la convocation*) :

TARIFICATION

Votre organisme a-t-il passé une convention avec l'IGPDE ? non oui Date : jj/mm/aaaa

Le montant total du stage souhaité est de : €

(*les stages non annulés 8 jours ouvrables avant leur début et les stages commencés sont dus*)

Dans le cas d'une formation demandée dans le cadre du CPF

Part payée par l'employeur ou un autre organisme : (merci de remplir la page 3 avec toutes les coordonnées)

MONTANT en euros :

Part payée par l'Agent :

MONTANT en euros :

Merci de joindre impérativement un RIB au nom de l'agent

STRUCTURE ASSURANT LE FINANCEMENT DE LA FORMATION

(à remplir par le conseiller formation en lien avec le bureau budgétaire et financier)

- employeur (Sous-direction/bureau)
- autre structure ou entité (service) :
- organisme collecteur (service) :

Nom du responsable :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : _ _ _ _ _

Références indispensables à la facturation si votre structure est sous application CHORUS

Code service exécutant : _ _ _ _ _
(10 chiffres)

Centre de coût : _ _ _ _ _
(10 chiffres)

Domaine d'activité : _ _ _ _ _
(4 chiffres)

Code tiers client : _ _ _ _ _
(10 chiffres)

ORGANISME DESTINATAIRE DE LA FACTURE, SERVICE FACTURIER OU ORGANISME COLLECTEUR (AFDAS, AGEFOS, ETC.)

Dénomination du service :

N° SIRET (n° à 14 chiffres) : _ _ _ _ _

Adresse (précise et complète) :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Visa du conseiller formation

Le : ___/___/___ Signature :