



FORMULAIRE

CFD SAF FOR 004

Page : 1 / 1

Version : 01

Date : 14/09/2016

AUTORISATION D'ABSENCE POUR UNE FORMATION SUIVIE PAR UN SPV SUR TEMPS DE TRAVAIL

GROUPEMENT DE DÉVELOPPEMENT ET DE MISE EN ŒUVRE DES FORMATIONS

Centre de formation départemental

Ce document doit être complété par votre employeur.

L'autorisation d'absence est accordée :

- Hors convention signée entre le SDIS et l'employeur du SPV.
- Dans le cadre d'une convention signée entre le SDIS et l'établissement employeur du SPV.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FORMATION

Intitulé	
Dates	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement			
Adresse			
Code postal		Commune	
Correspondant			
Téléphone		Fax	
Courriel			

Je soussigné(e), Mme, M. : (Prénom NOM) :

agissant en qualité de (Fonction) :

au sein de l'établissement mentionné ci-dessus, autorise (Prénom NOM) :,

à suivre sur son temps de travail la session de formation précisée ci-dessus et ce à raison de heures/jours.

La rémunération du bénéficiaire pendant son temps de travail sera maintenue :

- OUI et je ne souhaite pas percevoir les indemnités horaires prévues en lieu et place du stagiaire (Pas de subrogation).
- OUI et je souhaite percevoir les indemnités horaires prévues en lieu et place du stagiaire (Subrogation). Joindre un RIB.
- NON.

Fait à, le

Signature et cachet de l'employeur :

Document à remettre au centre de formation départemental avant le démarrage de l'action de formation