



FONDS D'ASSURANCE FORMATION DE LA PROFESSION MEDICALE

11 Boulevard de Sébastopol - 75001 PARIS

01 49 70 85 40



DEMANDE INDIVIDUELLE DE PRISE EN CHARGE

(A adresser au FAF-PM impérativement dans les 30 jours suivant la fin de la formation)

IMPORTANT

- Seuls les frais pédagogiques sont pris en charge à l'exclusion notamment des frais de transport, d'hôtellerie ou de restauration.
- Les organismes formateurs doivent impérativement être identifiés avec leurs coordonnées postales, téléphoniques et électroniques.
- Les organismes formateurs enregistrés sur le territoire français doivent fournir leur numéro d'activité délivré par la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

NOM :

Prénom :

Adresse Professionnelle :

CP :

VILLE :

Généraliste

Spécialiste

Conventionné

Non conventionné

N° SIRET :

Il figure sur votre attestation URSSAF de versement de la cotisation pour la formation professionnelle

TYPE DE FORMATION SUIVIE :

INTITULE :

Date de début de la formation

Date de fin de la formation

Nombre de jours effectifs

- *La date de fin de formation est la date de fin des cours sur la base d'une attestation de présence (sans qu'il soit nécessaire d'attendre la délivrance d'un diplôme, la fin d'un stage pratique ou la soutenance d'un mémoire ou d'une thèse). Elle marque le point de départ du délai impératif de 30 jours qui vous est accordé pour que votre dossier complet arrive au FAF-PM.*
- *Les modules successifs d'un programme de formation payés séparément sont considérés comme des formations indépendantes dès lors que la participation à l'ensemble du programme n'est pas requise.*

COÛT DE LA FORMATION :

LIEU DE LA FORMATION :

CP :

VILLE :

| ORGANISME FORMATEUR | | |
|--|---------|----------|
| Dénomination : | | |
| Adresse postale : | | |
| CP : | VILLE : | |
| Numéro d'activité de l'organisme formateur délivré par la Direction Régionale du Travail <i>(ceci ne concerne pas les universités ou les congrès organisés par des organismes étrangers)</i> | | |
| Tél : | Fax : | E-mail : |

| PIÈCES A FOURNIR | Validation |
|---|------------|
| <p>Attestation (photocopie) de versement (ou d'exonération) de la contribution à la formation professionnelle délivrée par l'URSSAF sous le code 8621Z, 6822A, 8622B ou 8622C (impérativement), l'année de la formation au titre de l'exercice précédent N-1 (à défaut celle délivrée l'année précédente N-1 au titre de l'exercice N-2).</p> <p><u><i>Les appels de cotisation et les échéanciers de règlements fractionnés ne sont pas valables.</i></u></p> <p><i>Si ce n'est pas le cas et que vous êtes néanmoins médecin exerçant à titre libéral, cela peut provenir d'une erreur de codification lors de votre déclaration d'activité. Vous seul(e) pouvez en demander la rectification en vous adressant à la Direction Régionale de l'INSEE dont vous dépendez. Vous trouverez l'adresse sur leur site internet (www.insee.fr) rubrique « foire aux questions / mon code APR ne correspond plus à mon activité / directions régionales ».</i></p> | |
| Programme de la formation | |
| <p>Attestation d'acquiescement des frais d'inscription délivrée par la structure responsable de l'organisation logistique</p> <p><i>Seuls les documents attestant d'un paiement effectif sont acceptés, à l'exception en particulier des factures non acquittées, devis et autres relances de paiements.</i></p> | |
| Attestation de présence délivrée par la structure responsable de l'organisation logistique | |
| Lettre de motivation pour les seules formations en langue autre que l'anglais | |