

## Demande individuelle de prise en charge à 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 du Travail de l'emploi et de la Formation Permanente (DRTEFP)

NOM, Prénom : .....

N° SIRET :                   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_0\_|\_0\_|\_0\_|\_|\_|\_|

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

Pièces à fournir	Validation
<p><b>Attestation (photocopie) de versement (ou d'exonération) de la contribution à la formation professionnelle</b> délivrée par l'URSSAF sous le code <b>8621Z, 6822A, 8622B ou 8622C</b> (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><i>Les appels de cotisation et les échéanciers de règlement fractionnés ne sont pas valables.</i></p> <p>Mon code NAF est bien <b>8621Z, 6822A, 8622B ou 8622C</b>.....</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 (<a href="http://www.insee.fr">www.insee.fr</a>) rubrique « foire aux questions / mon code APR ne correspond plus à mon activité / directions régionales ».</i></p>	<input type="checkbox"/>          <input type="checkbox"/>
<p><b>Programme</b> de la formation</p>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Attestation d'acquittement des frais d'inscription</b> 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>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Attestation de présence</b> délivrée par la structure responsable de l'organisation logistique</p>	<input type="checkbox"/>

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Date de début de la formation	Date de fin de la formation	Nombre de jours effectifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> </ul>		

**Informations complémentaires  
pour les seules formations universitaires ou délivrées dans le cadre d'un CHU**

**Cochez ci-dessous** l'université dans le cadre de laquelle a été suivie votre formation.

• Ces informations concernent les formations universitaires ayant donné lieu à une inscription en faculté (qu'elle soit ou non de médecine) mais aussi toute autre formation délivrée de sa propre initiative par une équipe hospitalo-universitaire qui aura perçu directement les frais d'inscription.

• En cas de Diplôme Inter Universitaire (DIU), l'université à cocher est celle auprès de laquelle vous avez fait votre inscription administrative.

Aix-Marseille <input type="checkbox"/>	Angers <input type="checkbox"/>	Amiens <input type="checkbox"/>	Besançon <input type="checkbox"/>	Bordeaux <input type="checkbox"/>
Brest <input type="checkbox"/>	Caen <input type="checkbox"/>	Clermont Frd. <input type="checkbox"/>	Dijon <input type="checkbox"/>	Grenoble <input type="checkbox"/>
Lille <input type="checkbox"/>	Limoges <input type="checkbox"/>	Lyon <input type="checkbox"/>	Montpellier <input type="checkbox"/>	Nancy-Metz <input type="checkbox"/>
Nantes <input type="checkbox"/>	Nice <input type="checkbox"/>	Tours-Orléans <input type="checkbox"/>	Paris V R Descartes <input type="checkbox"/>	Paris VI P & M Curie <input type="checkbox"/>
Paris VII D Diderot <input type="checkbox"/>	Paris VIII Vincennes-St Denis <input type="checkbox"/>	Paris XI Paris Sud <input type="checkbox"/>	Paris XII Val de Marne <input type="checkbox"/>	Paris XIII Nord : <input type="checkbox"/>
Paris Versailles <input type="checkbox"/>	Poitiers <input type="checkbox"/>	Reims <input type="checkbox"/>	Rennes <input type="checkbox"/>	Réunion <input type="checkbox"/>
Rouen <input type="checkbox"/>	Saint-Etienne <input type="checkbox"/>	Strasbourg <input type="checkbox"/>		

Autre précisez .....

**Organisateur ou structure organisatrice, au sein de l'Université ou du CHU  
(responsable du diplôme dans votre université en cas de DIU)**

Nom : .....

Adresse postale .....

Tel : 0.../...../...../...../.....      Fax : 0.../...../...../...../.....      E-mail : .....

**QUELLE QUE SOIT LA FORMATION : LIEU DE LA FORMATION**

(l'université où a eu lieu l'inscription suffit pour les DIU)

.....  
.....Département | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |