

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DIF

Melle - Mme-M.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Demande une formation DIF de : \_\_\_\_\_ heures

Date de la demande : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Nom de l'organisme de formation : Dodécaèdre® Formations \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme de formation : Espace DMCI - 4 quai des Étroits

CP : 69321 \_\_\_\_\_ Ville : LYON Cedex 05

Téléphone : 04.67.55.83.29 \_\_\_\_\_ Site Internet : www.dodecaedre.fr \_\_\_\_\_

Intitulé de la formation \_\_\_\_\_

Dates et horaires

\_\_\_\_\_

Joindre obligatoirement le programme de formation

Signature

## AVIS DU MANAGER

Melle - Mme-M.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Avis favorable

Avis défavorable

Commentaires

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➡ ATTENTION, CETTE DEMANDE DOIT ÊTRE TRANSMISE AUX RH SOUS 72 H

TRANSMISSION AUX RH :     /     /20