

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DIF

Mlle - Mme-M. Prénom _____ Nom _____

Fonction _____

Service _____

Demande une formation DIF de _____ heures

Date de la demande ____/____/20____

Nom de l'organisme de formation : Dodécaèdre _____

Adresse de l'organisme de formation : Vector Formations – Espace Hanoï - 9 rue d'Hanoï _____

CP : 69626 _____ Ville : LYON VILLEURBANNE CEDEX 69 _____

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

Mlle - 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