**FORMULAIRE DE DEMANDE D’UNITÉS DE FORMATION CONTINUE**

**CONCEPTEUR OU FORMATEUR D’UNE ACTIVITÉ DE FORMATION RECONNUE PAR LA CSF**

Ce formulaire permet au concepteur ou formateur d’une activité de formation reconnue par la CSF d’obtenir le double des UFC attribuées (possible qu’une seule fois par période de référence pour une même activité). **Cette demande doit être remplie et soumise par le fournisseur propriétaire de l’activité reconnue.**

**SECTION A - IDENTIFICATION DU FOURNISSEUR ET DE LA PERSONNE-RESSOURCE**

**Nom du fournisseur propriétaire de l’activité reconnue :** Cliquez ici pour entrer du texte.

Personne-ressource chez le fournisseur : **Nom :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**Téléphone :** Cliquez ici pour entrer du texte. **Courriel :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**SECTION B - INFORMATIONS SUR LE(S) CONCEPTEUR (S) OU FORMATEUR(S) ET SUR LA (LES) FORMATION(S) DISPENSÉE(S)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU (DES) CONCEPTEUR(S) /FORMATEUR(S)** | **NO CERTIFICAT AMF** | **TITRE DE LA FORMATION** (TEL QUE MENTIONNÉ DANS LA CONFIRMATION DE RECONNAISSANCE) | **NUMÉRO DE RECONNAISSANCE** | **DURÉE DE LA FORMATION** | **DATE DE LA FORMATION/CONCEPTION** |
| Cliquez ici pour entrer du texte.  Concepteur  Formateur | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |  | Cliquer ici pour choisir une date |
| Cliquez ici pour entrer du texte.  Concepteur  Formateur | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |  | Cliquer ici pour choisir une date |
| Cliquez ici pour entrer du texte.  Concepteur  Formateur | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |  | Cliquer ici pour choisir une date |

**DÉCLARATION DU FOURNISSEUR**

Je, Cliquez ici pour entrer du texte., déclare que ce (ces) formateur(s) ont donné pendant toute sa (leur) durée la (les) activité(s) de formation mentionnée(s) à la section B de ce formulaire.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Cliquez ici pour choisir une date |
| Signature de la personne-ressource |  |  |  | Date |

**SINON** Je comprends que cocher cette case constitue une signature ayant force légale.

**FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE REMPLI À INFO@CHAMBRESF.COM**