



GROUPEMENT
HOSPITALIER
DE TERRITOIRE
 LOIRE ATLANTIQUE

GHT 44

www.gh44.fr

Bureau des Affaires Territoriales

Immeuble Deurbroucq
5 allée de l'île Gloriette
44093 Nantes Cedex 1

tél. 02 53 52 62 19

GHT44

Info candidat

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Etablissement :

Service :

Pôle/PHU :

Statut :

Matricule :

Numéro RPPS :

Intitulé de la formation souhaitée:



GROUPEMENT
HOSPITALIER
DE TERRITOIRE
 LOIRE ATLANTIQUE

Reconversion professionnelle médicale 2021

dossier de demande

à retourner dûment renseigné au bureau des
affaires territoriales avant le :

31 août 2021 délai de rigueur

Intitulé précis de la formation demandée dans le cadre de la demande de reconversion professionnelle:

Établissement dispensateur:

Coût de la formation:

Lieu:

Dates:

Votre projet a-t-il été travaillé en lien avec votre chef de service/PHU: oui non

Commentaires:

Votre projet a-t-il été travaillé en lien avec votre direction/DAM: oui non

Commentaires:

Au terme de la formation, souhaitez-vous exercer:

dans votre établissement

en temps partagé dans un établissement du GHT44

Si oui, lequel:

à temps plein dans un établissement du GHT44

Si oui, lequel:

autre situation

Précisez:

Avez-vous déjà bénéficié d'un conseil en évolution professionnel par un organisme extérieur:

oui non

Si oui, lequel, date:

Avis établissement (Direction et/ou Président de CME et/ou RH/DAM)

favorable

défavorable

Pour quelles raisons:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date, qualité et signature:

Pièces à fournir par le demandeur

(cocher les cases après avoir vérifié que les documents sont bien joints au dossier)

Date:

Signature de l'agent:

LETTRE DE MOTIVATION

CV

PROGRAMME DE LA FORMATION

DEVIS (coût pédagogique de la formation)

CALENDRIER des sessions de la formation

STAGE comparatif réalisé dans l'un des établissements du GHT44 (attestation)

Éléments de correspondance pour information complémentaire (facultatif)