**DFIE Année scolaire 2021-2022**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FICHE A : INTERVENANT** | | | | | | | |
|  | Numéro | | Libellé | | | | |
| Dispositif | 21A010 | |  | | | | |
| Module |  | |  | | | | |
| Groupe |  | |  | | | | |
| Action |  | institutionnelle | |  | individuelle |  | de proximité |
| Modalité |  | présentiel | |  | hybride |  | distanciel |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INTERVENANT** | | | | | | | | | |
| Mme |  | M. |  | | NOM et Prénom : | | | | |
| Adresse professionnelle : | | | | | | | | | |
| Adresse personnelle : | | | | | | | | | |
| Date de naissance : | | | | | | | Tél : | e-mail : | |
| Fonction : | | | | | | | Discipline : | | Grade : |
| Position : en activité | | | | autre | | préciser : | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REMUNERATION** | | | | | | |
|  | Rémunération en heures de vacation\* | | | | | |
|  | Demande de rémunération exceptionnelle de type conférence (à faire valider en amont par la DFIE) | | | | | |
|  | Décharge DFIE | | | | | |
|  | Autre décharge, à préciser : | | | | | |
|  | Intervention gratuite | | | | | |
| ***Attention : les intervenants âgés de plus de 67 ans ne peuvent être rémunérés en heures de vacation*** | | | | | | |
| \*Taux horaire de vacation : cf notice pour la mise en œuvre des actions du plan académique de formation 2021-2022  **Pour l’édition de l’ordre de mission, indiquer toutes les dates et heures de présence, même si le formateur n’est pas rémunéré.**  **Pour la partie asynchrone des formations hybrides, indiquer une période à la place de « dates et horaires » ainsi que le nombre d’heures à payer contractualisé avec la DFIE.** | | | | | | |
| **Date(s)** | | **Horaire(s)** | **Nombre d’intervenant(s)** | **Nombre d’heures à effectuer** | **Coefficient\*** | **Nombre d’heures à payer\*** |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| **\*En cas de co-animation, appliquer un coefficient de 0,67 pour 2 intervenants, 0,44 pour 3 intervenants, 0,33 pour 4 intervenants** | | | | | **Total** |  |
| Nom et prénom du responsable : | | | | | Date : | |
| Signature du responsable | |
|  | |
| Adresse e-mail : | | | | |
| Téléphone :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |

**A renvoyer avec le reste du dossier au plus tard 5 semaines avant le début de la formation**

**au gestionnaire et/ou à l’ingénieur Dfie concerné**