**Ateliers technologiques**



**Fiche de pré inscription**

**IMPORTANT**

***Seules les fiches complétées et signées seront prises en compte pour la sélection du candidat.***

***1/ Merci de taper directement vos réponses dans les champs actifs ci-dessous (Pas de réponses manuscrites),***

***2/ Imprimez la fiche ainsi complétée, signez et faites signer votre hiérarchie,***

***3/ Renvoyez la fiche à ateliers-technologiques@biocampus.cnrs.fr***

**IDENTITE DE L’ATELIER**

Intitulé de l’atelier :       Participation à la : Partie Théorique Partie Pratique

Date(s) :

Nombre d’heures de formation :

**IDENTITE DE L’AGENT**

Nom :       Prénom :

Adresse :       CP :       Ville :

Téléphone :       E-Mail :

|  |  |
| --- | --- |
| **Public :**    Statut :  **Titulaire**  Chercheur  Enseignant-Chercheur  Ingénieur/Technicien (IT/ITRF)  **Non-Titulaire**  Doctorant  *Préciser auprès de quelle École Doctorale :*    Post-Doctorant  CDD  Date de fin de contrat :       /     /20  *Commentaires contrat (reconduction, etc.) :*    Tutelle d’appartenance  *(Organisme qui vous rémunère) :*  CNRS  INSERM  UM  Autres *(à préciser)* :  Lieu de travail *(Unité ou Laboratoire d’exercice)* :    Pour les agents CNRS : N° d’agent :  Pour les agents INSERM : N° Matricule :  Pour les agents UM : faire une demande individuelle | **Privé :**  Entreprise :  Adresse :  Code Postal :  Ville :  Pays :    N° de SIRET :  Code NAF/APE :  N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE :  Secteur d’activité :  Organisme vous ayant transféré l’annonce de l’atelier *(à préciser)* :  *ex :Eurobiomed, ….*    Prise en charge par un OPCA :  Nom de l’OPCA :  Adresse :  Contact OPCA : |
|  | |

***Pour nous permettre de mieux prendre en compte votre demande, merci de répondre à ces quelques questions :***

- Quelle est votre fonction ?

- Avez-vous les pré-requis pour cette formation ? (cf. fiche-programme)  Oui  Non

- Avez-vous déjà pratiqué la technique enseignée ?  Oui Non

- Quel est l’objectif de cette formation? *(Veuillez ne cocher qu’une seule case)*

T1 : Adaptation immédiate au poste de travail

T2 : Adaptation à l’évolution prévisible du métier

T3 : Développement des qualifications ou acquisition de nouvelles qualifications en vue

d’un projet de mobilité, de reconversion…

- Cette demande est-elle inscrite au Plan de Formation (PFU) de votre Unité ? Oui  Non

*(Réponse uniquement pour les agents CNRS et INSERM)*

* *Si votre demande relève du T2 ou T3, vous avez la possibilité de mobiliser votre Droit Individuel à la Formation (DIF).*

Souhaitez-vous utiliser ce droit pour cette formation ?  Oui   Non

- Qu’attendez-vous de cette formation ? *(Bien argumenter, important pour la sélection du candidat)*

**FINANCEMENT DE L’ATELIER**

Vous êtes agent INSERM ou CNRS. Dans ce cas, nous nous chargeons de faire remonter vos demandes auprès des services de formation permanente.

Vous n’êtes pas agent INSERM ou CNRS. Dans ce cas :

1. Prise en charge (totale ou partielle) par la formation permanente\* :  Oui   Non

2) Prise en charge par l’unité :  Oui  Non

\*Se référer aux procédures en vigueur au sein de votre tutelle.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signature de l'intéressé(e) : | Nom et signature du responsable hiérarchique :  Nom et signature du directeur d’Unité : | Nom et signature du Correspondant Formation :  Demande incluse au PFU de l’unité :   * Oui * Non |

**AVIS ARGUMENTE DU RESPONSABLE DE L’AGENT**

(Cet avis est important pour la décision finale de prise en charge, il doit être le plus précis possible)

Avis Favorable : Avis défavorable :

Commentaire :