**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 :