DEMANDE D’INSCRIPTION AU SEMINAIRE COMTECH 2022

DATE DE FORMATION : JEUDI 27 JANVIER 2022

**IDENTITE DE L’AGENT**

**Madame  Monsieur**

**Nom :** **Prénom :** **Nom de jeune fille :**

**Corps-grade ou équivalent grade** : Matricule :

Poste occupé :

Date d’entrée à l’Inserm :

Date de prise de poste actuel :

Affectation (N° d’unité) **:**

Adresse du service ou de l’unité:

Adresse mail :

**L’ensemble des champs ci-dessus doivent être complétés**

Pour les personnes reconnues « travailleur handicapé », de quelles aides techniques auriez-vous besoin ?

- Locaux accessibles pour personne à mobilité réduite

- Assistant pour la prise de notes

- Traducteur en langage des signes

- Autre, précisez :

**Date et signature de l'agent**

**AVIS MOTIVE DU RESPONSABLE HIERARCHIQUE DE STRUCTURE (service, unité…)**

*Cette rubrique, importante pour la décision finale de prise en charge, doit être**la plus précise possible*

Avis favorable

Avis défavorable – justification :

*La validation finale sera faite par le Responsable Formation.*

*Toute demande refusée par le responsable de structure peut aussi être adressée au Responsable Formation à l’adresse :* [*formation.paris7@inserm.fr*](mailto:formation.paris7@inserm.fr)

[*formation.paris5@inserm.fr*](mailto:formation.paris5@inserm.fr)

**Date et signature du supérieur hiérarchique**

Précisez le nom et la qualité du signataire

A renvoyer à : [**formation.paris7@inserm.fr**](mailto:formation.paris7@inserm.fr) **–** [**formation.paris5@inserm.fr**](mailto:formation.paris5@inserm.fr)

# INSERM DR IDF-Paris Centre Nord

# Service formation Continue

**Immeuble Kadence**

**86 Rue Regnault**

**75013 PARIS**

**Tél. : 01 81 70 72 28**