DEMANDE D’INSCRIPTION

**JOURNEE D’ACCUEIL DE LA**

**DELEGATION REGIONALE PARIS-IDF CENTRE NORD**

**IDENTITE DE L’AGENT**

**Madame  Monsieur**

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

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

Date d’entrée à l’Inserm :

Dates de début de contrat :

Date de fin de contrat :

**Affectation :**

**DR de rattachement**:

**Adresse du service ou de l’unité:**

**N° de téléphone professionnel :**

**Adresse mail :**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATE DE FORMATION SOUHAITEE** | | | |
| Dates des sessions | **Date limite de renvoi du bulletin** | **1er choix** | **2ème choix** |
| Mercredi 13 avril 2022 | 04 avril 2022 |  |  |
| Mardi 04 octobre 2022 | 23 septembre 2022 |  |  |

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 favorable – 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.dr-idfcn@inserm.fr**](mailto:formation.dr-idfcn@inserm.fr)