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 (pour les agents en CDD) :

**Affectation (n° d’unité ou DR):**

**DR de rattachement**: DR PARIS-IDF CENTRE NORD

**Adresse du service ou de l’unité:**

**N° de téléphone professionnel :**

**Adresse mail :**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Date de session | **Date limite de renvoi du bulletin** |
| **7 novembre 2023** | **17 octobre 2023** |

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. La convocation sera envoyée environ 10 jours avant la formation.*

**Date et signature du supérieur hiérarchique**

Précisez le nom et la qualité du signataire

**A renvoyer à :** **formation.dr-idfcn@inserm.fr**