DEMANDE D’INSCRIPTION

**Formation visa de la dépense et GBCP en mode**

**Service Facturier SFACT**

**Mercredi 27 mars 2024**

**IDENTITE DE L’AGENT**

**Madame  Monsieur**

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

**Matricule :**

**Date d’entrée à l’Inserm :**

**Intitulé du poste :**

**Affectation (N° d’unité) :**

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

**N° de téléphone professionnel :**

**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.dr-idfcn@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)