DEMANDE D’INSCRIPTION

**FORMATION SAFIr**

**PARIS-IDF CENTRE NORD 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**

**Sélectionnez la session de formation souhaité :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SESSION DE FORMATION** | **DATES DES SESSIONS** | **DATE LIMITE DE RENVOI DU BULLETIN** |
|  | **Safir: gestion de la commande** | **05-févr au 06-févr** | **24 janvier 2024** |
|  | **Safir: gestion de la mission** | **26-févr 27-févr** |
|  | **Safir: gestion de la commande** | **03-juin 04-juin** | **30 avril 2024** |
|  | **Safir: gestion de la mission** | **10-juin 11-juin** |

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)