



## DEMANDE D'INSCRIPTION A UNE ACTION DE FORMATION COLLECTIVE

Tous les champs sont obligatoires

remplir une fiche par action

Intitulé exact :

Date(s) :

Site :

Mme M. Nom :

Prénom :

Composante, service, laboratoire d'affectation :

Site :

Fonction :

Téléphone :

Email :

@

Titulaire : ITRF AENES Enseignant Enseignant-chercheur Bibliothèque

Médecine préventive

Autre :

Corps/Grade :

en poste à l'UÚPØ depuis le :

Non titulaire : Type de contrat :

Date de fin de contrat :

Quotité de travail :

Temps plein

Temps partiel (précisez) :

**Objectif de la formation demandée :**

**Vos motivations** :

Je m'engage à suivre la totalité de l'action de formation si ma candidature est retenue.

Date :

Signature de l'agent :

### AVIS DU RESPONSABLE HIERARCHIQUE

NOM, Prénom :

Fonction :

Avis : Prioritaire Favorable Défavorable (l'avis prioritaire / favorable vaut autorisation d'absence)

Cette formation est demandée par : vous et / ou par l'intéressé(e)

Typologie de la formation :

T1 : Adaptation immédiate au poste de travail ou évolution de l'outil de travail

T2 : Adaptation à l'évolution prévisible des métiers ou maintien dans l'emploi

T3 : Développement ou acquisition de nouvelles qualifications (changement de métier non liées au poste actuel ou élargissement des compétences). *(Prendre contact avec le Conseiller Mobilité Carrière)*

Préparation aux concours

Avis motivé :

Date :

Visa :