**– FICHE D’INSCRIPTION PCR –**

**Le document devra être soigneusement complété, validé par le.la chef.fe de service, par la direction de l’affectation administrative de l’agent concerné, par la DPSE (direction + Coordination du SCR) puis transmis par mail à****dadrh-formation-continue-pers@univ-lorraine.fr** **, impérativement accompagné de deux devis et de l’argumentaire d’inscription (page 2).**

**Les dossiers incomplets ne seront pas pris en compte.**

M. [ ]  MME [ ]  NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**TITULAIRE BIATSS :** **[ ]  AGENT CONTRACTUEL :** **[ ]  TITULAIRE ENSEIGNANT :** **[ ]  AUTRE :** **[ ]**

AENES [ ]  ITRF [ ]  BIBLIO [ ]  BUDGET ETAT : [ ]  PROPRE : [ ]  **CORPS :** Préciser :

AUTRE [ ]  Préciser : FIN CONTRAT : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

CORPS : CATEGORIE:…….

**LIEU D'AFFECTATION :**

ETABLISSEMENT :

DIRECTION / COLLEGIUM / POLE DE RECHERCHE :

SERVICE / COMPOSANTE / LABO :

N° DE TÉLÉPHONE DU SERVICE : ADRESSE ELECTRONIQUE : ………………………………………………………………….

**FORMATION - Personne Compétente en Radioprotection :** (attention prérequis : niveau Bac scientifique ou technologique)

[ ]  Secteur Médical

 [ ]  Niveau 2, Option sources scellées **OU** [ ]  Niveau 2, Option sources non scellées

**OU**

[ ]  Secteur Industriel

 [ ]  Niveau 2, Option sources scellées **OU** [ ]  Niveau 2, Option sources non scellées

**ORGANISME :**

Organisme de formation :

Siret :

Adresse :

Coût de la formation TTC : ………………………………….

|  |
| --- |
| **1 /** Date et signature du **demandeur** : |
| **2 / Chef de service :**Nom et Prénom : Avis Date et signature : | **3 / Directeur de l’entité:**Nom et Prénom : Avis : Date et signature : |
| **4 / Direction Prévention Sécurité Environnement -Coordination du SCR :**Nom et Prénom : ………………………………………………..Avis : …………………………………………………………………..Date et signature : | **5 / Direction Prévention Sécurité Environnement :**Nom et Prénom : ………………………………………………..Avis : …………………………………………………………………..Date et signature : |
| **6 / Le Pôle Formation Continue des Personnels :**[ ]  Prise en charge à 100% [ ]  RejetDate et signature : | **7 / Le Directeur Général des services adjoint aux relations humaines et sociales, prévention et conditions de travail :** Date et signature : |

|  |
| --- |
| **Détails de la demande et motivations du candidat** |

Qui est l’initiateur de cette demande ?

[ ] Vous-même [ ] Votre supérieur hiérarchique

Précisez l’ensemble de vos motivations à suivre cette formation.

|  |
| --- |
| **Avis circonstancié du supérieur hiérarchique direct :** |

La demande de formation spécifique de l’agent vous paraît-elle opportune au regard du poste occupé par cette personne ?

⁭[ ]  OUI⁭ [ ]  NON

Avis à motiver :

La demande de formation spécifique de l’agent vous parait-elle justifiée au regard des projets de votre entité ?

⁭[ ]  OUI⁭ [ ]  NON

Avis à motiver :