**– 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**](mailto: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%  Rejet  Date 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 :