



INTITULÉ DE LA FORMATION :

Joindre le programme détaillé s'il s'agit d'une formation hors USMB

NOM :

Prénom :

Vous êtes : ☐ Fonctionnaire titulaire ☐ Agent contractuel CDI
☐ Fonctionnaire stagiaire ☐ Agent contractuel CDD

Enseignant-chercheur	Enseignant	ITRF	ATSS	Personnel de Bibliothèque
<input type="checkbox"/> PR	<input type="checkbox"/> PRAG	<input type="checkbox"/> IGR	<input type="checkbox"/> AAE	<input type="checkbox"/> Conservateur
<input type="checkbox"/> MCF	<input type="checkbox"/> PRCE	<input type="checkbox"/> IGE	<input type="checkbox"/> SAENES	<input type="checkbox"/> Bibliothécaire
<input type="checkbox"/> Chercheur	<input type="checkbox"/> PLP	<input type="checkbox"/> ASI	<input type="checkbox"/> ADJENES	<input type="checkbox"/> BIBAS
<input type="checkbox"/> Doctorant		<input type="checkbox"/> TECH	<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Magasinier
<input type="checkbox"/> ATER		<input type="checkbox"/> ADTRF		

Affectation principale

☐ Direction :
☐ Composante / Laboratoire :
☐ Service commun :
 Site : ☐ Marcoz ☐ Jacob-Bellecombette ☐ Bourget-du-Lac ☐ Annecy
☐ Établissement extérieur (hors USMB) :
 Tél. professionnel : Courriel :

Fonction principale

Intitulé :

La formation

Organisme qui propose la formation :
 Date(s) souhaitée(s) :
 Modalités : ☐ Distanciel ☐ Présentiel ☐ Hybride
 Durée (en heures) :
 Coût pédagogique : Coût estimatif mission (prise en charge par la composante) :
 Cette formation est demandée par : ☐ l'intéressé(e) ☐ le responsable de service ☐ conjointement
 Cette formation a-t-elle été envisagée lors du dernier entretien professionnel : ☐ OUI ☐ NON

Type d'action :

☐ T1 « Ici et maintenant » : Adaptation immédiate à l'emploi et formations réglementaires ou liées à la sécurité.
☐ T2 « Ici et demain » : Évolution prévisible des métiers (évolution des fonctions).
☐ T3 « Ailleurs et demain » : Développement/acquisition de nouvelles compétences, préparation concours (hors CPF et CFP).



Vos motivations

Veillez en quelques lignes décrire ce que vous attendez de cette formation par rapport à votre activité professionnelle actuelle :

Résultats attendus (à remplir intégralement)

Partie à renseigner par le demandeur, le cas échéant conjointement avec son chef de service			À renseigner, le cas échéant par le chef de service
Compétences (savoirs, savoir-faire et savoir-être) à acquérir ou à perfectionner	Projets / Activités / Actions à réaliser qui nécessitent des compétences	Quels problèmes ou difficultés sont à résoudre ?	Qu'est-ce qui permettra de dire que ces nouvelles compétences sont acquises ?

VISAS

Avis circonstancié du responsable formation des personnels de la filière bibliothèque :

Date :

Avis circonstancié du responsable hiérarchique : (Nom, Prénom et visa) :

Date :

Priorisation :

Besoin stratégique de l'entité : ☐ Oui ☐ Non
☐ Indispensable ☐ Nécessaire ☐ Utile

Vu et pris connaissance le :

Signature de l'intéressé(e)	Avis et visa du Responsable administratif / Directeur de service (Nom, prénom et cachet)	Avis de l'établissement
		<input type="checkbox"/> Avis favorable <input type="checkbox"/> Avis défavorable
Date :	Date :	

La formation sera validée au vu des motivations exprimées par l'agent et son responsable, dans la limite des crédits disponibles et dans le respect du plan de formation.