

Formulaire d'inscription

Merci de remplir ce formulaire dactylographié, de le faire signer à votre responsable hiérarchique et de le retourner à cellule-formation@univ-smb.fr

NOM :	Vous êtes :
PRENOM :	☐ Fonctionnaire
FONCTION PRINCIPALE :	☐ CDI ☐ CDD
Votre statut : ☐ Enseignant-chercheur-postdoc ☐ BIATSS ☐ Doctorant	☐ Personnel de bibliothèque
VOTRE AFFECTATION PRINCIPALE :	
☐ Direction :	☐ Service ou service commun :
☐ Composante :	☐ Laboratoire :
☐ Hors USMB, précisez :	
Site principal de travail : ☐ Marcoz ☐ Jacob-Bellecombette ☐ Bourget-du-Lac ☐ Annecy	
Le téléphone où vous êtes joignable :	
Courriel usuel si différent du courrier USMB :	

INTITULE DE LA FORMATION :	
<i>Joindre le programme détaillé s'il s'agit d'une formation hors USMB</i>	
Lieu :	Organisme :
Date(s) souhaitée(s) :	
Modalités : ☐ Distanciel	Présentiel ☐ Hybride
☐ Coût pédagogique :	Coût estimé mission : (pris en charge par le service)
Durée :	Heure(s)

Vos motivations :	Signature :
Date :	

Fonction du responsable de service :	
Nom :	Prénom :
Avis circonstancié :	Signature :
Date :	

Validation Direction / Responsable formation BU / Responsable administratif :	Validation DRH :
Nom :	Date et signature :
Prénom :	#signature#
Date :	
Signature :	

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 développement des compétences. Toute signature par le-a Responsable de service et la DRH vaut acceptation.