

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION A UNE FORMATION

### INTITULE de la FORMATION (à indiquer) :

Joindre le programme détaillé de la formation s'il s'agit d'une formation hors Université de Savoie

Mme	M.	<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	
Vous êtes :				
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire titulaire	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire stagiaire	<input type="checkbox"/> Contractuel CDI	<input type="checkbox"/> Contractuel CDD Conservateur	
Enseignant-chercheur	Enseignant	ITRF	ATSS	Personnel de Bibliothèque
Professeur d'Université	Professeur Agrégé	Ingénieur de Recherche	DDS	Conservateur
Maître de Conférences	Professeur Certifié	Ingénieur d'Etudes	AAE	Bibliothécaire
<input type="checkbox"/> Chercheur	Professeur des Lyc Pro	Assistant Ingénieur	Secrétaire	BIBAS
<input type="checkbox"/> Doctorant		Technicien	Adjoint Admin	Magasinier
ATER		Adjoint Technique	Infirmière	
			Ass. Sociale	

**Lieu d'exercice :**  
Services centraux USMB (préciser le service) :  
 UFR / Composante (à préciser):  
 Laboratoire (à préciser):  
 Etablissement extérieur (hors USMB):  
 Site du service :  
 Marcoz     Jacob-Bellecombette     Bourget du Lac     Annecy-le-Vieux

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Fonction principale :**

<input type="checkbox"/> Enseignement/Recherche	<input type="checkbox"/> Scolarité	<input type="checkbox"/> Travaux de Laboratoire
<input type="checkbox"/> Administration générale	<input type="checkbox"/> Finances / Comptabilité	<input type="checkbox"/> Communication
<input type="checkbox"/> Ressources Humaines	<input type="checkbox"/> Services techniques	<input type="checkbox"/> Hygiène et Sécurité / Environnement
<input type="checkbox"/> Informatique	<input type="checkbox"/> Accueil	<input type="checkbox"/> Documentation
<input type="checkbox"/> Action sociale/Santé		

**LA FORMATION**  
**Organisme qui propose la formation (USMB, inter-U, AMUE, IRA, autres..) :**

Dates :

Durée (nombre d'heures) :

Coût :

Cette formation est demandée par :     l'intéressé(e)     le responsable de service     conjointement

Cette formation a-t-elle été envisagée lors du dernier entretien formation (entretien professionnel N-1) :  Oui     Non

**Type d'action :**

**T1**  Adaptation immédiate à l'emploi (*formations règlementaires ou liées à la sécurité, orientations stratégiques, ou maintien dans l'emploi*)

**T2**  Evolution prévisible des métiers (*cette formation apportera des compétences dans le cadre d'une évolution de vos fonctions*)

**T3**  Développement ou acquisition de nouvelles compétences (*pour un projet professionnel futur*)

Préparation Concours ou examens

VAE (Validation d'acquis de l'expérience)

Bilan de compétences

Votre Droit Individuel à la Formation (D.I.F) est mobilisable pour toutes les demandes qui ne relèvent pas du **T1**.

Je ne sollicite pas le D.I.F  Je sollicite le D.I.F si oui, nombre d'heures : \_\_\_\_\_

**Vos motivations :**

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

**A remplir intégralement SVP : Résultats attendus**

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

**PARTIE A COMPLETER PAR LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE ET/OU DIRECTEUR DE COMPOSANTE**

**NOM - Prénom du responsable hiérarchique :**

Mel :

Avis circonstancié du supérieur :

**Priorisation :**

Besoin stratégique de l'entité :  oui  non  
 Indispensable  nécessaire  utile

Vu et pris connaissance le :

**Signature et cachet du responsable hiérarchique :**

**Signature de l'intéressé(e) :**

➡ *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.*

Ce dossier d'inscription est à transmettre à :  
**Université Savoie Mont Blanc**  
**DRH - SAT / Cellule Formation**  
**BP 1104 - 73011 CHAMBERY CEDEX**

**[Cellule-formation@univ-smb.fr](mailto:Cellule-formation@univ-smb.fr)**