

FORMATION CONTINUE-INSTITUTS DE FORMATION EN SANTE

BULLETIN D'INSCRIPTION A UNE FORMATION



NOM : _____ PRENOM : _____ MATRICULE : _____

GRADE : _____ FONCTION _____ SERVICE UF _____

Ancienneté dans la fonction :

Inscription interne au CHUM ☐

Inscription externe au CHUM (Etablissement employeur) ☐

Téléphone ☎ : _____ Mail ✉ : _____

INTITULE DE LA FORMATION :

DATE DE LA FORMATION :

VOTRE BESOIN EN FORMATION (objectifs de formation)

Besoin d'adaptation lié à un handicap ☐

Obligation d'être en situation régulière au regard des obligations vaccinales des professionnels de santé.

Bulletin à compléter et à retourner 1 mois avant le début de la formation

✉ Mail contact marie-josée.nonone@chu-martinique.fr

Signature et cachet du Responsable de service de l'agent