|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\ANCA1111870\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\Logo IFCS gris.png | **Institut de Formation en Soins Infirmiers**12 bis boulevard Maréchal de Lattre de TassignyBP 77908 - 21079 DIJON CedexN° Déclaration d’activité : 2621P002321N° SIRET : 262 100 076 00104 | cid:image001.png@01D06D23.49846240 |

***FORMATION D’ADAPTATION A L’EMPLOI IDE EXERCANT AU BLOC OPERATOIRE***

**Bulletin d’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :…………………………………………………………………………… | Prénom :………………………………………………………………………. |
| Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ..................................................................................................................................................................................... |
| Tél. (obligatoire) : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| E.mail (obligatoire): …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………… |
| Fonction du stagiaire : ...................................................................... ................................... ................................... ...................... |
| Adresse professionnelle :………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ..................................................................................................................................................................................... |
| **Tarif de la formation : 900 euros** (déjeuner non compris)Dates de session(s) souhaitée(s) (cf. site internet) **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **Mode de prise en charge**□ Par l’employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l’employeur□ Individuelle - Joindre une attestation d’autofinancement***Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d’Or sur présentation d’un titre de recette*** |
|  **Accessibilité** : demande particulière : ⧠ OUI  ⧠ NONPour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l’institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d’envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : campusp.handicap@chu-dijon.fr Fait à …………………………………………………………………., Le ……………………………………………………………… |
|   Signature :  |
| ***Ce coupon est à retourner au moins un mois avant le début d’une session*** *(passé ce délai, nous consulter)****:*** |
| * ***Par courrier :***
 | ***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue******A l’attention de Mme CHOUAL – Chargée de formation******12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX*** |
| * ***ou par mail :***
 | ***campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr*** |