|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 Tassigny  BP 77908 - 21079 DIJON Cedex  N° Déclaration d’activité : 2621P002321  N° 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  ⧠ NON  Pour 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](mailto: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***](mailto:campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr) | |