

**Mesures transitoires IDE bloc opératoire (MT10 4H DISTANCIEL)**

**FORMATION COMPLEMENTAIRE**

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse personnelle : .....

Téléphone (obligatoire) : .....

E-mail (obligatoire) : .....

Fonction du stagiaire : .....

Service et adresse professionnelle : .....

- **Tarif de la formation : 230 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*

- Copie de l'**Autorisation préfectorale temporaire ou définitive d'exercer les actes et activités** (cf site internet / Pré-requis de la formation)

- **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 2 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 BREDILLET Laetitia – Assistante 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)