

**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 : 134 euros** (déjeuner non compris) ou **tarif sur devis**

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 (voir annexe page 3)

***Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or sur présentation d'un titre de recette***

**Pièces justificatives à fournir obligatoirement**

☐ Bulletin d'inscription dûment complété

☐ Attestation d'autofinancement ou engagement de prise en charge financière par l'employeur (Cf ci-dessus)

☐ Un justificatif d'identité en cours de validité (pièce d'identité, passeport)

☐ Copie du diplôme d'état Infirmier

☐ Copie de l'autorisation définitive d'exercer l'aide à l'exposition, l'aide à l'hémostase et l'aide à l'aspiration délivrée par DREETS

☐ Copie de l'autorisation temporaire d'exercer les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique en vertu des dispositions prévues par le décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024, à destination des IDE ayant déjà bénéficié de mesures transitoires relatives à l'exercice en bloc opératoire de trois des actes de l'article R. 4311-11-1 délivrée par le préfet de région du lieu d'exercice du demandeur (**datée de moins d'un an**)

- **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)***

**ANNEXE**  
**Attestation autofinancement par le stagiaire**

Je, soussigné(e) : .....

Adresse : .....

CP et Ville : .....

Téléphone : .....

Email de contact (obligatoire pour le suivi du contrat) : .....

**Intitulé de la formation dispensée :** .....

M'engage à prendre en charge le coût de cette formation dont le montant est de .....euros.

**Dates de formation :** .....

Fait à ....., le .....

Signature :