

FORMATION ABORD VASCULAIRE ECHOGUIDE

NIVEAU 1

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom :

Prénom :

Adresse personnelle :

CP et Ville :

Téléphone (obligatoire) :

E-mail (obligatoire) :

Fonction du stagiaire :

Nom – Prénom du cadre :

E-mail du cadre :

Tarif de la formation : 480 euros (déjeuner non compris)

Date de la session souhaitée (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

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 BREDILLET Laetitia – Assistante de formation
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX***
- ***ou par mail :*** ***campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr***

Recueil des attentes du stagiaire

Nom, Prénom :

Profession :

Établissement :

Nom de la formation :

1. En tant que stagiaire, quels sont vos attentes / besoins vis à vis de cette formation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 Autres remarques ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :