CHU ANGERS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES ET DES PARCOURS PROFESSIONNELS
FORMATION PROFESSIONNELLE & STAGES
Bureaux Bâtiment Direction Générale
De 08h30 à 16h30 (tous les jours sauf le jeudi sur RDV)
Salles de formation (Bariéty) - De 08h30 à 09h30 (tous les jours)
Tél. : 02 41 35 49 00 - formation-continue@chu-angers.fr

PLAN DE FORMATION 2024 : RECENSEMENT DES BESOINS

(Pour le personnel paramédical, technique et administratif)

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

(1 demande maximum par agent)

AGENT	IDENTITE		
	Nom :	Prénom :	Grade :
	Service :	Pôle :	Date :
	@ :	Tél :	Signature :

FORMATION	BESOIN		
	☐ Diplôme universitaire	☐ Attestation universitaire	**100 % sur le temps de travail**
	☐ Licence professionnelle	☐ MASTER 1 ☐ MASTER 2	**60 % sur le temps de travail** **40 % sur le temps personnel**
	☐ Diplôme d'accès à l'enseignement universitaire (DAEU)		
	☐ Renouvellement	**☐ Nouvelle demande**	
	Intitulé de formation :		
	Organisme :	Lieu de la formation :	
	Adresse Organisme :		
	Nombre de jours :	Nombre d'année(s) universitaire(s) :	
	Frais d'inscription : Frais pédagogique :	_____ euros _____ euros	
	Frais de déplacement - Hébergement Transport Repas Hébergement	 _____ euros _____ euros _____ euros	
	TOTAL GENERAL	_____ euros	

La demande sera prise en compte si tous les documents suivants sont joints :

☐ **Lettre de motivation**
☐ **Programme, planning et coût détaillés**
☐ **Justificatif de dépôt de candidature à l'université**

Validation par le Responsable

Avis favorable : ☐
Motif du refus : _____
Signature :

Nom et Prénom : _____
@ : _____
☎ : _____

Validation par le Cadre Supérieur de Santé ou le Directeur du pôle

Formation correspondant au projet du pôle	Oui ☐ Non ☐	**PRIORITÉ DU POLE sans ex aequo à partir de 1 (obligatoire)**	

Avis favorable : ☐
Motif du refus : _____
Signature :

Nom et Prénom : _____
@ : _____
☎ : _____