A transmettre au Groupe hospitalier Sud Ile-de-France de Melun : formation.[continue@ghsif.fr](mailto:continue@ghsif.fr)   
impérativement **6 semaines** avant le début de la formation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification de la formation** | | |
| **INTITULE DE LA FORMATION :** | | **REF.** |
| **PRE REQUIS :** | **PUBLIC VISE :** | |
|  | | |
| **Date(s) du stage (preciser votre ordre de priorite si plusieurs sessions)**  1er choix :  2ème choix**:** | **Lieu :** | |
| **Demande de prise en charge des frais annexes :**  frais de transport (hors residence administrative melun) : OUI  NON  frais de repas (hors residence administrative melun) : OUI  NON | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées du stagiaire** | | | | | |
| **Monsieur □ Madame □** | | | | | |
| **Nom :** | | | **Prénom :** | | |
| **Fonction metier occupe** | | | | | |
| **date de prise de fonction** | | | | | |
| **DIRECTION :** | | | **SERVICE :** | | |
| **Ville :** | | | **Code postal :** | | |
| **Téléphone :** | | | **Mail :** | | |
| **Etes-vous en situation de handicap** : Oui □ Non □  **Demande d’aménagement pour suivre la formation :** Oui □  Non □ | | | | | |
| **Pour toute demande, veuillez contacter le référent handicap du GHSIF via l’adresse électronique suivante** [***referenthandicap@ghsif.fr***](mailto:referenthandicap@ghsif.fr) ***.* Nous analyserons la meilleure formule de formation adaptée pour vous** | | | | | |
| **FINANCEMENT DE LA FORMATION :** | □ CPF | □ Autofinancement | | □ GHSIF | □ Autres |
| **ARGUMENTATION DU STAGIAIRE**  ***Description succincte de vos activités :***      ***Objectifs attendus*** :  Des savoirs professionnels utilisables immédiatement  Des savoirs professionnels utilisables plus tard  Des apports utiles à votre carrière  Des connaissances générales  ***Niveau connaissance sur la formation dispensée*** :  Ne connait pas du tout  Connait un peu  Connait bien  Connait très bien  ***Motivations détaillées*** ***pour suivre la formation :***  Remise à niveau  Montée en compétence  Acquérir de nouvelles compétences  Formation obligatoire  Vos remarques    ……………………………………………………………………………………………………………………………………................................... | | | | | |
| |  | | --- | | **IDENTIFICATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE** |   Mr  Mme  (indiquer le nom, prénom) :  **Direction** :      **Service** :       **Lieu** :  **Fonction ou métier occupé** :  **Téléphone** :       **Email**:   |  | | --- | | **ARGUMENTATION DU SUPERIEUR HIERARCHIQUE** |   ***Attentes de la direction ou du service en matière d’objectifs*** :  ***Motivation détaillée du responsable hiérarchique*** :  **Priorité 1** (compétence indispensable pour la tenue du poste)  **Priorité 2** (élargissement des compétences pour la réalisation de projet de service ou de pôle)  **Priorité 3** (en lien avec le poste mais compétence secondaire pour l’exercice des missions) | | | | | |

Date et signature du stagiaire Date et signature du supérieur hiérarchique