# **IDENTITÉ DE LA FORMATION**

**Intitulé de la formation ▶ samba 4       Date(s) ▶ 3 et 4 octobre 2018**

Durée ▶2 jours Lieu ▶     campus joseph aiguier 13009 MARSEILLE

[x]  Organisée par le CNRS : Nom de la délégation organisatrice ▶DR12 réseau CESAR

Dans l’hypothèse où vous auriez repéré un organisme qui délivre cette formation et vous semble intéressant, nous vous remercions de communiquer les éléments suivants :

Nom de l’organisme ▶

Adresse ▶      Contact ▶      Téléphone ▶      Télécopie ▶

Coût ▶       Joindre le programme et le document justifiant du coût.

Pour toute demande de formation dans le domaine informatique, merci de compléter le questionnaire ci-après :

Environnement [ ] Windows [ ] Mac [ ]  PC [ ] Linux [ ] Unix [ ]  Autres ▶

Disposez-vous de l’application informatique liée à la demande ? [ ]  oui [ ]  non, version ▶

Utilisez-vous déjà l’application ? [ ]  oui [ ]  non Depuis combien de temps ? ▶

# **RÉFÉRENCE DU DEMANDEUR**

**No d’agent ▶** Date de naissance ▶      [ ]  Madame [ ] Monsieur

**Nom d’usage ▶** **Nom de famille ▶** **Prénom ▶**

Fonction exercée ▶

Tel. professionnel ▶      Mèl. ▶

Coordonnées personnelles ▶

|  |
| --- |
| **[ ]  Vous êtes agent titulaire du CNRS**Délégation ▶       Date d’entrée au CNRS ▶      Corps ▶       Indice majoré ▶       Institut ▶      BAP ▶ [ ]  A [ ]  B [ ]  C [ ]  D [ ]  E [ ]  F [ ]  G [ ]  J Section n° ▶      |

|  |
| --- |
| **[ ]  Vous êtes personnel CNRS non permanent**Délégation ▶       Date du contrat *(jj/mm/aaaa)* du ▶       au ▶      [ ]  Doctorant [ ]  Post-doctorant [ ]  CDD chercheur [ ]  CDD IT *Niveau de recrutement* [ ]  IR [ ]  IE [ ]  AI [ ]  T [ ]  AJT[ ]  Autre (préciser) ▶       |

|  |
| --- |
| **[ ]  Vous êtes personnel non rémunéré par le CNRS**Statut ▶       Grade ▶      [ ]  Enseignant-chercheur [ ]  Ingénieur [ ]  Technicien [ ]  Administratif [ ]  Doctorant [ ]  Post-doctorant[ ]  CDD [ ]  Autre (préciser) ▶      N° de sécurité sociale **[[1]](#footnote-1)**▶       Clé 1 ▶      Employeur ▶ [ ]  Privé [ ]  Public Nom ▶      Adresse ▶      Mel ▶       |

# **IDENTITE DE L’UNITE / SERVICE**

Intitulé de l’unité/service ▶ Code unité ▶

Téléphone ▶      Fax ▶      Adresse ▶

# **ATTENTES ET MOTIVATIONS VIS-A-VIS DE LA FORMATION**

Merci de décrire votre activité professionnelle actuelle et de préciser ce que vous attendez de cette formation (sur votre activité actuelle ou sur l’évolution de votre emploi ou encore dans le cadre de votre projet professionnel) ▶

Formations déjà suivies dans ce domaine (formation initiale ou continue, expériences passées, autre) ▶

***Cette formation sera susceptible de faire l’objet d’une évaluation à froid afin d’apprécier les effets de celle-ci en situation de travail.***

# **AVIS DU DIRECTEUR D’UNITE/RESPONSABLE DE SERVICE (obligatoire)**

**Nom du directeur d’unité/responsable de service ▶**

**Avis et/ou motif** ▶

Fait à ▶       , le ▶

Signature du demandeur

Signature du directeur d’unité/responsable de service

**Nom et visa du correspondant formation ▶**

Cette demande de formation est-elle rattachée au Plan de Formation d’Unité (PFU) ? [ ]  OUI [ ]  NON

1. Information obligatoire pour la prise en compte de votre demande. [↑](#footnote-ref-1)