

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FORMATION CONTINUE DES PERSONNELS I.A.T.O.S.

-- = --

Demande de prise en charge du coût pédagogique d'une action de formation spécifique dans l'intérêt du Service

CANDIDAT A LA FORMATION :

M. Mme Mlle... **NOM** : **Prénom** :

GRADE : **TITULAIRE** : **NON** Quotité du temps de travail : %

Sur un poste de l'Université Henri Poincaré :

CORPS : ATOS Ou sur un poste extérieur (CNRS, INSERM, Nancy 2...) :

ITARF

Précisez :

OU NON TITULAIRE Précisez :

LIEU D'AFFECTATION (Composante) :

Service ou Laboratoire :

N° de téléphone du service : N° de poste :

Fonctions assurées par le candidat :

PRESENTATION DE LA FORMATION SOLLICITEE :

INTITULE : **(joindre le contenu de la formation)**

DATE DE DEBUT : **DATE DE FIN DE LA FORMATION** :

NOMBRE D'HEURES : **OU DE JOURS** :

NOM DE L'ORGANISME DE FORMATION :

ET ADRESSE :

.....

COUT DE LA FORMATION : €

FAIT A..... LE
SIGNATURE DU CANDIDAT :

Avis motivé du Chef de Service
sur l'opportunité de cette formation :

Avis du Doyen
ou du Directeur de l'U.F.R. :

NOM et PRENOM :

Fait à le
Signature du Chef de Service

Fait à le
Signature du Doyen ou du Directeur de l'U.F.R.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

- **Prise en charge du coût pédagogique :**
de la formation : ()

MONTANT :

- **rejet : ()**

Nancy, le

- **report à un exercice ultérieur : ()**