



**Centre Hospitalier Universitaire de Besançon**  
3, boulevard Alexandre Fleming – 25030 BESANCON CEDEX  
Direction Des Ressources Humaines – Service Formation continue –  
☎: 03 81 21 87 41  
Numéro de déclaration d'activité : 4325P004025

## **BULLETIN D'INSCRIPTION INDIVIDUEL 2024** *Renouvellement AFGSU niveau 2*

### COORDONNEES DU STAGIAIRE

Nom de naissance : .....

Marital : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

### DATE DES SESSIONS (Clôture des inscriptions un mois avant le début de la formation)

- 14 juin 2024 (~~session complète~~)
- 21 juin 2024
- 16 septembre 2024 (~~session complète~~)
- 23 septembre 2024
- 07 octobre 2024
- 22 novembre 2024 (~~session complète~~)
- 29 novembre 2024
- 13 décembre 2024
- 16 décembre 2024 (~~session complète~~)

### COUT DE LA FORMATION :

Tarif individuel : 164,33 € (activité hospitalière)

168,33 € (autres activités)

## PRISE EN CHARGE

Par le stagiaire à titre individuel

Par l'OPCO

Etablissement : .....

Adresse : .....

Numéro de SIRET : .....

Téléphone : .....Mail:.....

## STAGIAIRE EN SITUATION DE HANDICAP

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance RQTH ?  oui  non

Avez-vous besoin d'un accompagnement, d'un aménagement ou d'une orientation spécifique?

OUI (le service formation continue prendra contact avec vous)  non

## RECUEIL DES ATTENTES

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

.....

Quels points ou difficultés théoriques souhaitez-vous voir développer dans cette formation ?

.....

Sur quelles thématiques souhaitez-vous approfondir vos compétences ?

.....

Autre(s) remarque(s)

.....

Je soussigné(e), .....agissant à **titre individuel** atteste sur l'honneur de la véracité des informations remplies sur ce bulletin, et m'engage à prendre en charge les frais pédagogiques liés à cette inscription selon les conditions générales définies.

Date :

Signature