

## Demande d'inscription Formation « Management pour cadres » Pour cadre médical / administratif / médico-technique

A COMPLETER PAR LA PERSONNE CANDIDATE A LA FORMATION

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom :</b>                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Prénom :</b>                                                                      |
| <b>Né/e le :</b>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                      |
| <b>Fonction actuelle :</b><br><b>Depuis le :</b><br><b>Taux d'activité :</b><br><b>Date d'entrée au CHUV :</b>                                                                                                                                  | <b>Service :</b><br><b>Département :</b><br><b>Responsable hiérarchique direct :</b> |
| <b>Adresse professionnelle :</b><br><b>N° téléphone fixe et portable :</b>                                                                                                                                                                      | <b>Adresse e-mail professionnelle :</b>                                              |
| <b>Nom, prénom, téléphone de la secrétaire éventuelle :</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                      |
| <b>Nombre de collaborateurs qui vous sont <u>directement et personnellement</u> subordonnés <u>et</u> détail de leurs fonctions :</b>                                                                                                           |                                                                                      |
| <b>Vos principales responsabilités dans le management de collaboratrices et collaborateurs</b><br><b>Merci de spécifier les responsabilités managériales <u>qui ne sont pas</u> de l'ordre de la supervision clinique ou de la recherche) :</b> |                                                                                      |

Inscrire le souhait de la volée idéalement retenue :

A quelle occasion cette formation a-t-elle été envisagée avec votre responsable ?

Une promotion est-elle envisagée ?                      Oui                      Non

Si oui, pour quelle fonction et à quelle date ?

Avez-vous déjà suivi une formation en management (y compris EPI) ?                      Oui                      Non

Si oui, laquelle ou lesquelles, à quelles dates et auprès de quel(s) organisme(s) :

Suivez-vous actuellement ou est-il envisagé que vous suiviez dans un avenir proche une formation en management ?                      Oui                      Non

Si oui, laquelle et à quelles dates et auprès de quel organisme :

Décrivez les objectifs personnels et dans votre rôle managérial que vous poursuivez en vous inscrivant à cette formation :

Par ma signature, je m'engage à être présent.e à chacun des modules de formation pour lesquels je me suis inscrit.e

Date                      : .....

Signature                      : .....

### A COMPLETER PAR LE-LA RESPONSABLE DIRECT.E

Par sa signature, le/la responsable hiérarchique direct.e confirme qu'il/elle a pris connaissance de la demande et accepte de libérer le/la collaborateur.trice pour toute la durée de la formation

Nom et prénom du/de la responsable hiérarchique direct.e :

Date .....

Timbre et Signature .....

### A COMPLETE PAR LA DIRECTION METIER DU DEPARTEMENT

*Ligne métier « administrative » => Directeur administratif  
Ligne métier « médicale » et « médico-technique » => Chef de service, Chef de département*

Par sa signature, la Direction métier du Département confirme qu'elle a pris connaissance de la demande et accepte de libérer le/la collaborateur.trice pour toute la durée de la formation

Nom et prénom Direction métier du Département :

Date .....

Timbre et Signature .....

Il incombe au demandeur de faire valider et signer sa demande auprès de sa hiérarchie et de la Direction métier de son Département avant envoi.

La présente demande est à transmettre via mail à l'Unité de développement managérial/DRH : [dev.drh@chuv.ch](mailto:dev.drh@chuv.ch)

***Cette demande d'inscription ne constitue pas une garantie d'être finalement retenu.e à la formation.***

***La participation sera confirmée après étude et validation par la DRH.***

## **Engagements réciproques dans le cadre de la formation**

### **« Management pour cadres »**

Processus continu de formation et de développement nécessitant un engagement fort de toutes les parties

#### **Engagements de l'institution et des formateur·trices envers les participant·e·s :**

- Développer la culture managériale, par :
  - L'organisation de la planification, du déroulement et du contenu des modules de formation
  - Une offre de formation sur mesure, centrée sur les outils de base du management
  - L'acquisition d'un vocabulaire, des techniques et des outils communs en management
  - Une formation pratique, par le biais notamment de tests psychométriques, de jeux de rôles, d'analyses de cas, d'exercices en groupe, de moments de réflexion sur son propre rôle, et d'activités de partage sur ses expériences de management
  - En offrant un climat de confiance, de bienveillance et de confidentialité
  - Une progression logique des apprentissages, en débutant par le développement de la connaissance de soi et l'affirmation de son leadership pour se conclure sur la gestion de problématiques de groupe
  - Une interdisciplinarité et des échanges de points de vue variés par une composition diversifiée des groupes.

#### **Engagements des participant·e·s envers l'institution et les formateurs·trices :**

- S'engager pour son développement personnel et professionnel :
  - Un engagement de manière volontaire, en ayant compris les enjeux de ladite formation
  - L'organisation de son travail pour dégager la disponibilité nécessaire
  - Le respect de la planification des modules (dates et heures)
  - Présence obligatoire à tous les modules
  - Absences : maximum 1 jour (ou 2 demi-journées), avec reprises possibles et exceptionnelles avec d'autres volées. Absence impossible au 1er module (kick-off)
  - L'annonce de ses éventuels retards et de ses absences le plus tôt possible (par mail à : [katia.petoud@chuv.ch](mailto:katia.petoud@chuv.ch) et [dev.drh@chuv.ch](mailto:dev.drh@chuv.ch) )
  - Une participation active aux mises en situation (jeux de rôle, exercices en groupe et réflexion personnelle sur son rôle)
  - Faire preuve d'ouverture, de curiosité et de réflexion quant aux divers feedbacks (participants, outil psychométrique, formateur·trice)
  - En s'abstenant de lire ses mails et ses sms durant les journées de formation, sauf urgence médicale
  - En tenant son journal de bord
  - Effectuer pendant et en dehors des modules les travaux proposés (lecture d'articles et de documents...)
  - Un échange avec son responsable direct sur ses expériences et sa progression tout au long de la formation
  - L'évaluation des modules
  - La préparation à son coaching personnel.

#### **Personne de contact CHUV :**

- Madame Katia Petoud (Centre des formations, tél : 021 314 82 30, mail : [katia.petoud@chuv.ch](mailto:katia.petoud@chuv.ch))

Date :

Signature du participant :

.....

.....

*Document à transmettre avec la demande d'inscription à : [dev.drh@chuv.ch](mailto:dev.drh@chuv.ch)*