

Formulaire d'inscription au programme MicroMBA pour cadres supérieurs

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR – A COMPLETER PAR LE CANDIDAT AU PROGRAMME

Nom :	Prénom :
Né/e le :	
Fonction actuelle : Depuis le : Taux d'activité : Date d'entrée au CHUV :	Service : Département : Responsable hiérarchique direct :
Coordonnées professionnelles (adresse, n° téléphone fixe et portable)	Adresse e-mail professionnelle
Nom, prénom, téléphone de la secrétaire éventuelle	
Nombre de collaborateurs qui vous sont directement et personnellement subordonnés et détail de leurs fonctions	
Vos principales responsabilités dans la conduite de collaborateurs (hors de la supervision clinique et de recherche)	
Vos principales responsabilités dans la gestion de l'unité/service et de son développement	



**INFORMATIONS SUR LA FORMATION –
A COMPLETER PAR LE CANDIDAT A LA FORMATION**

Intitulé de la formation : PROGRAMME MicroMBA	Volée souhaitée (n°) :
Date début :	
A quelle occasion cette formation a-t-elle été envisagée avec votre responsable ?	
Une promotion est-elle envisagée, si oui pour quelle fonction et à quelle date ?	
Avez-vous déjà suivi une formation en management et leadership ?	
Si oui, laquelle ou lesquelles et auprès de quel(s) organisme(s) ?	
Suivez-vous en ce moment ou est-il envisagé que vous suiviez dans un avenir proche une formation en management et leadership ?	
Décrivez vos motivations à participer à ce programme	
Décrivez les objectifs personnels et en lien avec votre rôle managérial que vous poursuivez en vous inscrivant à ce programme	



Par ma signature, je confirme m'inscrire volontairement à ce programme et m'engage à faire preuve d'ouverture et à participer activement et constructivement lors des sessions.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DIRECT

Quelles sont les activités /responsabilités qui seront déléguées à ce/cette collaborateur/trice après le programme MicroMBA afin de pouvoir mettre en application les enseignements ?

Nom et prénom du responsable hiérarchique direct

Par sa signature, le responsable hiérarchique direct confirme avoir pris connaissance de ce qui précède et accepte de libérer le collaborateur pour toutes les sessions de formation

Date :

Signature :

Nom, prénom et visa du chef de service/département pour les médecins/scientifiques :

Formulaire à retourner accompagné d'un CV à drh.micromba@chuv.ch ou par courrier interne :

Doris Valenza, assistante de direction, DRH CHUV, Rue du Bugnon 21, niveau 05, bureau 111



A REMPLIR PAR LA DIRECTION GENERALE METIER (LAISSER VIDE)

Nom et prénom de la personne concernée de la direction métier :

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LA DRH /DG (LAISSER VIDE)

Inscription validée :

Si non, motif :

Report : volée n° :

Remarque :