FORMULAIRE D'INSCRIPTION A LA FORMATION « MANAGEMENT POUR CADRES »

Formulaire à compléter et à signer par les personnes candidates et leur hiérarchie avant d'être retourné à la DRH pour évaluation.
Cette démarche ne constitue pas une garantie d'être finalement retenu-e à la formation.

INFORMATIONS - A COMPLETER PAR LA PERSONNE CANDIDATE A LA FORMATION

Nom :	**Prénom :**
Né-e le :	
Fonction : **Depuis le :** **Taux d'actvité :**	**Service :** **Département :** **Pour les chef-fe-s de clinique seniors, filière à cocher :** ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ X
Coordonnées professionnelles :	**Adresse e-mail professionnelle :**
Nombre de collaboratrices et collaborateurs qui vous sont directement subordonné-e-s :	
Vos principales responsabilités dans la conduite de collaboratrices et collaborateurs : ➢ ➢ ➢ ➢	

INFORMATIONS SUR LA FORMATION - A COMPLETER PAR LA PERSONNE CANDIDATE A LA FORMATION

Pour rappel, la journée d'information consacrée aux connaissances institutionnelles faisant partie intégrante du programme est obligatoire. **Les trois premiers modules de la formation sont également obligatoires, il s'agit de :** **-** *Connaissances de soi et affirmation de son leadership (2 jours)* *- Gestion de la performance de ses collaborateurs (2 jours)* *- Gestion des conflits et collaboration (2 jours)*	**Souhaitez-vous suivre les modules facultatifs suivants ?** *Principes et outils du travail en équipe (1 jour)* ☐oui ☐non *Accompagnement des changements dans son équipe (1 jour)* ☐oui ☐non
Inscrire toutes les dates de formation retenues : ---------- ---------- ---------- ----------	
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 (y compris EPI) ? **Si oui, laquelle ou lesquelles, à quelles dates et auprès de quel(s) organisme(s) :**
Décrivez les objectifs personnels 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 et signature :**

A REMPLIR PAR LA OU LE RESPONSABLE DIRECT-E ET LA DIRECTION METIER DU DEPARTEMENT

Nom et prénom de la ou du responsable direct-e : **Par sa signature, la ou le responsable direct-e confirme qu'il a pris connaissance et accepte de libérer la collaboratrice ou le collaborateur pour toute la durée de la formation.** **Date et signature :**
Nom et prénom de la personne concernée de la Direction métier du Département : **Par sa signature, la Direction métier du Département confirme qu'elle a pris connaissance et accepte de libérer la collaboratrice ou le collaborateur pour toute la durée de la formation.** **Date et signature :**