

Formulaire d'inscription à la formation « Management pour cadres » Processus continu de formation et de développement

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 SUR LE DEMANDEUR – A COMPLETER PAR LA PERSONNE CANDIDATE A LA FORMATION

Nom :	Prénom :
Né/e le :	
Fonction actuelle : Depuis le : Taux d'activité : Date d'entrée :	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 le management de collaboratrices et collaborateurs (merci de spécifier les responsabilités managériales qui ne sont pas de l'ordre de la supervision clinique et de recherche) :

**INFORMATIONS SUR LA FORMATION –
A COMPLETER PAR LA PERSONNE CANDIDATE A LA FORMATION**

Inscrire le choix de la volée idéalement retenue :
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 par le passé une formation en management (y compris EPI) ? Si oui, laquelle ou lesquelles, à quelles dates 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 ? 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 REMPLIR PAR LA OU LE RESPONSABLE DIRECT-E
ET LA DIRECTION METIER DU DEPARTEMENT**

Nom et prénom du responsable hiérarchique direct :
Par sa signature, la ou le responsable direct-e confirme qu'il a pris connaissance et accepte de libérer la collaboratrice ou le collaborateur <u>pour toute la durée de la formation</u> Date : Signature :
Nom et prénom de la personne concernée de la Direction métier du Département : - Directeur administratif pour la ligne métier « administratif » - Chef du département pour la ligne métier « médicale » - Directeur des soins pour la ligne métier « soins »
Par sa signature, la Direction métier du Département confirme qu'elle a pris connaissance et accepte de libérer le collaborateur ou la collaboratrice <u>pour toute la durée de la formation</u> Date : Signature :

Formulaire à compléter, à signer et à retourner à dev.drh@chuv.ch ou par courrier interne :

Bénédicte Allard, chargée de projets développement et carrière, DRH

Pour les collaboratrices et les collaborateurs de la ligne des soins :

**En parallèle de l'envoi du formulaire original à l'unité développement et carrière, merci d'adresser une copie du formulaire dûment signé par toutes les parties à Monsieur Patrick Genoud, Directeur adjoint des soins,
Rue du Bugnon 21, niveau 06, bureau 210**

Cette démarche ne constitue pas une garantie d'être finalement retenu-e à la formation