

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

## INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR A COMPLETER PAR LA PERSONNE CANDIDATE A LA FORMATION

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Né/e le :</b>	
<b>Fonction actuelle :</b> <b>Depuis le :</b> <b>Taux d'activité :</b> <b>Date d'entrée au CHUV :</b>	<b>Service :</b> <b>Département :</b> <b>Responsable hiérarchique direct :</b>
<b>Adresse professionnelle :</b> <b>N° téléphone fixe et portable :</b>	<b>Adresse e-mail professionnelle :</b>
<b>Nom, prénom et téléphone de la secrétaire éventuelle :</b>	
<b>Nombre de collaborateurs qui vous sont directement et personnellement subordonnés <u>et</u> détail de leurs fonctions :</b>	
<b>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 la recherche) :</b>	

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 ?                      Oui            Non

Si oui, pour quelle fonction et à quelle date ?

Avez-vous déjà suivi par le passé 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 en ce moment 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 REMPLIR PAR LA OU LE RESPONSABLE DIRECT  
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 pour toute la durée de la formation

Date :

Timbre et Signature : .....

Nom et prénom de la personne concernée de la Direction métier du Département :

- Ligne métier « *administratif* » => *Directeur administratif*
- Ligne métier « *médicale* » et « *médico-technique* » => *Chef du département*
- Ligne métier « *soins* » => *Directeur des soins*

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

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 (page 3) avant envoi.**

Merci de retourner le formulaire à :

**[dev.drh@chuv.ch](mailto:dev.drh@chuv.ch)**

Pour les collaborateurs-trices de la ligne des soins uniquement, copie à :

**[Vincent.Adatte@chuv.ch](mailto:Vincent.Adatte@chuv.ch)**

**Cette démarche ne constitue pas une garantie d'être finalement retenu-e à la formation.  
Elle sera confirmée après étude et validation par la DRH.**