



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 au CHUV:	Service : Département : Responsable hiérarchique direct : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 la recherche) :	

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

<p>Inscrire le choix de la volée idéalement retenue :</p> <p>A quelle occasion cette formation a-t-elle été envisagée avec votre responsable ?</p>
<p>Une promotion est-elle envisagée ?</p> <p>Si oui pour quelle fonction et à quelle date ?</p>
<p>Avez-vous déjà suivi par le passé une formation en management (y compris EPI) ?</p> <p>Si oui, laquelle ou lesquelles, à quelles dates et auprès de quel(s) organisme(s) :</p>
<p>Suivez-vous en ce moment ou est-il envisagé que vous suiviez dans un avenir proche une formation en management ?</p> <p>Si oui, laquelle et à quelles dates et auprès de quel organisme :</p>
<p>Décrivez les objectifs personnels et dans votre rôle managérial que vous poursuivez en vous inscrivant à cette formation :</p>
<p>Par ma signature, je m'engage à être présent-e à chacun des modules de formation pour lesquels je me suis inscrit-e</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>

**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 : <ul style="list-style-type: none">- 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 :

**Katia Petoud, assistante de formation, Centre des formations du CHUV,
Av. de Crousaz 10 – niveau 02 – bureau 240**

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