**DEMANDE D’INSCRIPTION A UNE ACTION DE FORMATION ADE**

**OBJECTIF DE LA FORMATION DEMANDEE**: (à compléter avec votre chef de service)

T1 : Adaptation immédiate au poste de travail ou évolution de l’outil de travail

T2 : Adaptation à l’évolution prévisible des métiers ou maintien dans l’emploi

T3 : Développement ou acquisition de nouvelles compétences (changement de métier, formations non liées au poste actuel ou élargissement des compétences)

Si la finalité de votre demande relève du T2 ou du T3, vous avez la possibilité de mobiliser votre Droit Individuel à la Formation (DIF).

- Souhaitez vous utiliser ce droit pour cette formation?:  oui  non

- Indiquez le nombre d’heures que vous souhaitez mobiliser: ………………………………………………………..

Pour plus d’information sur les trois types d’actions et le DIF, vous pouvez consulter la fiche sur l’ENT : rubrique vie institutionnelle / Domaine Gestion des Ressources / DRH /Formation Continue des personnels / Droit Individuel à la Formation

**COORDONNEES :**

M Mme Melle **NOM** : ………………… **PRENOM** :………………**Date de naissance :** ………………….

**EMPLOYEUR :**  Etablissement  Autre (préciser)…………………………………………………………..

**TITULAIRE**:  Enseignant  IATOS  Bibliothèque  **Grade** ……………………….

**NON TITULAIRE :** Contractuel Etat  Contractuel BU  Autre  Catégorie …………………

**Identifiant ENT :**

**Structure d’affectation :**

**Composante**:…………………………………………………………………………………………………………………

**Service**:……………………………………………………………………………………………………………………….

**Laboratoire** ……………………………………………………………………………………………………………………

**PARCOURS DE FORMATION SOUHAITE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Niveau 1** | Prise en main et saisie ADE |
|  | **Niveau 2** | Gestion des filtres – requêtes - affichages |

**Etes vous** :  gestionnaire principal ADE  gestionnaire ADE  gestionnaire Workflow

**Avez-vous déjà suivi des formations ADE** ?  oui  non

**Je souhaite une formation en raison**

 d’une mise à jour des connaissances  d’un changement de fonctions  d’un changement de l’outil

Date : Signature de l’agent :

**AVIS DU RESPONSABLE ADMINISTRATIF** :

Nom :…………………………………….. Prénom……………………………………...Fonctions : ……………………

Avis :  Prioritaire  Favorable  Défavorable (avis motivé) ……………………………………………....

Cette formation est demandée par :  le supérieur hiérarchique

et/ou par l’intéressé(e)

**Avis dûment motivé:** (**à remplir obligatoirement pour une prise en compte de la demande)**

………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………......

**Nécessité de prévoir un aménagement spécifique** : oui  non

**Date**  …………………………………… **Visa et cachet**

F**ICHE D’INSCRIPTION A RETOURNER A :**

Direction des Ressources Humaines

Département de la gestion et du développement des compétences - Bureau de la Formation4 rue Blaise Pascal - CS 90032 - 67081 Strasbourg Cedex (France)

**CONTACTS**

[drh-formation@unistra.fr](mailto:drh-formation@unistra.fr)