



À envoyer dument rempli à : formationdpc@chu-lille.fr

LE MODULE DE FORMATION

Intitulé de la formation : **CONFERENCE DE RECHERCHE EN SOINS**

Date(s) de la session : **2 Décembre 2025**

PARTICIPANT(E)

Civilité : Nom : Prénom :
Date de naissance : Ville : Département : Pays :
Adresse :
Complément : CP : Ville :
Email : Téléphone :
Profession : N°RPPS / ADELI :

Le participant est-il en situation de handicap et sollicite-t-il une adaptation pédagogique et organisationnelle ? :

☐ oui ☐ non (Si oui, le service formation prendra contact avec le participant)

PRISE EN CHARGE

- ☐ Prise en charge individuelle (contrat envoyé à l'adresse personnelle)
☐ Prise en charge par l'employeur (convention envoyée au responsable du dossier)

Nom de l'employeur :

Adresse complète :

Code postal Ville :

Public ☐ Privé ☐ Numéro de siret :

Responsable du Dossier :

Nom : Prénom :

INFORMATIONS ET CONDITIONS

☐ J'accepte que mes données personnelles soient utilisées pour me recontacter dans le cadre de ma demande indiquée dans ce formulaire. Aucun autre traitement ne sera effectué avec mes informations.

☐ À la réception du bulletin d'inscription, nous vous contacterons pour confirmer votre inscription et une convention sera établie selon les textes en vigueur, transmise au responsable de l'inscription qui devra la retourner signée et revêtue du cachet de l'entreprise (si prise en charge employeur)

Date et signature du participant

Cachet du service Formation continue ou employeur,
Date et signature

