**DR Aquitaine Nouvelle-Aquitaine**

**Formation continue**

**Microscopie à épi-fluorescence et microscopie confocale**

**Des bases à la pratique - Sessions 2019**

**Session 1**: **Du 5 au 7 mars** [ ]  **Session 2 : du 15 au 17 octobre** [ ]

**Fiche d’inscription** destinée aux personnes hors unité Inserm.

Inscription respectivement avant le 25 janvier / avant le 6 septembre

Remplir le formulaire à l’écran avant impression

**IDENTITE DE L’AGENT**

Nom (Mme, Mlle, M.) :       Prénom :       Nom de jeune fille :

Adresse personnelle :       Tél. :

**Pour les non Inserm n’ayant jamais participé à une formation Inserm à Bordeaux**

Date et lieu de naissance :       N° de sécurité sociale :

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

**Employeur : CNRS [ ]  INRA [ ]  Université de Bordeaux [ ]  INP : [ ]  Autre****[ ]  : précisez**

**Statutaire [ ]  Non statutaire [ ]**  Corps -grade  ou équivalent grade :

Pour les non statutaires ; **date de fin de contrat ou de vacations**:

Date d’entrée dans l’organisme :

Affectation (obligatoire) :

Adresse de l’unité et intitulé du laboratoire :

Tél. :      Courriel\* (pour envoi des convocations) :

\*Ne pas fournir le courriel de l’unité ou du secrétariat

Travail temps plein [ ]  temps partiel [ ]  jours non travaillés :

**POSTE OCCUPE :**

**Description de vos activités :**

**Avez-vous les prérequis pour cette formation ? (voir programme ci-joint)**

 **Résumez en 5 lignes le projet scientifique de votre laboratoire :**

**Questionnaire spécifique**

**Avez-vous une bonne pratique en immunofluorescence:**

[ ]  bonne [ ]  de base [ ]  aucune

**Vos besoins en microscopie confoncale correspondent à ?**

[ ]  Nécessité immédiate pour votre projet de recherche [ ]  Un programme à moyen et long terme

 [ ]  Un souhait d’amélioration de vos connaissances générales

 **Avez-vous accès à un microscope confocal :**

Dans le laboratoire [ ]  à proximité [ ]  à distance [ ]

 **Quelle marque et quel système de microscope confocal utilisez-vous ?**

 **Avez-vous déjà utilisé un microscope confocal ?**

Seul [ ]  avec des collègues expérimentés [ ]  jamais [ ]

Si oui, s’agit-il d’une utilisation : occasionnelle [ ]  fréquente [ ]

 **Avez-vous accès à un microscope Plein champ :**

Dans le laboratoire [ ]  à proximité [ ]  à distance [ ]

 **Quelle marque et quel système de microscope plein champ utilisez-vous ?**

 **Avez-vous déjà utilisé un microscope plein champ ?**

Seul [ ]  avec des collègues expérimentés [ ]  jamais [ ]

Si oui, s’agit-il d’une utilisation : occasionnelle [ ]  fréquente [ ]

 Commentaires ou remarques

 Précisez les objectifs de votre demande :

(cette rubrique, nécessaire pour la sélection finale, doit être motivée et la plus précise possible)

AVIS MOTIVE DU CHEF DE SERVICE

Cette rubrique, importante pour la décision finale de prise en charge, doit être motivée et la plus précise possible.

*La validation finale sera faite par le Responsable Formation.*

*Toute demande refusée par le responsable de structure peut aussi être adressée au Responsable Formation de votre DR.*

Date et signature de l’agent Date et signature du Directeur d’unité ou chef d’équipe

      Précisez le nom du signataire

**Inscription auprès de vos responsables formation respectifs avant la date limite
Cout 350€**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Inserm**Marie-Anne CadoretChargée de Développement RHformation.bordeaux@inserm.fr05 57 57 36 39 | **CNRS**Elise DouatResponsable du Pôle formationformation-permanente@dr15.cnrs.fr05 57 35 58 09 | **Université de Bordeaux**Annick JoussetResponsable du Service développement des compétences Annick.jousset@u-bordeaux.fr05 40 00 83 52 |
| **INRA**Sonia Baillet Responsable FormationSonia.Baillet@inra.fr05 5712 26 57 | **INP**Céline GuyotChargée de la Formation continueceline.guyot@bordeaux-inp.fr05 56 84 60 22  |