

**FORMATIONS 2019**

**Offre de formation professionnelle en éthique**

**Bulletin d’inscription**

Le bulletin d’inscription renseigné est à retourner :

Par courrier : EREBFC, CHU Dijon Bourgogne, 10 bd Maréchal de Lattre de Tassigny, BP 77908, 21079 Dijon ; ou par mail : isabelle.loison@chu-dijon.fr

*Merci de renseigner l’intégralité des informations demandées. Tout bulletin d’inscription incomplet ne sera pas traité. Les places étant limitées à 30 personnes par module, nous vous conseillons de vous inscrire dans les meilleurs délais*

**◆ Informations Stagiaire**

Nom : ……………………………………………………… Prénom : ……………………………………………………………………

Profession: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse électronique obligatoire (pour envoi convocation) : ……………………………………………………………………………………….

Téléphone :………………………………………………………………………………..

**EXPERIENCE RELATIVE AUX PRATIQUES DE L’ETHIQUE**

Êtes-vous membre d’un comité d’éthique ou d’un groupe de réflexion éthique ? ❑ Oui ❑ Non

 Si oui, lequel :…………………………………………………………….

Avez-vous déjà participé à des réunions de concertations interdisciplinaires autour d’enjeux éthiques (procédures collégiales type « Loi Léonetti », staffs d’éthique…) ❑ Oui ❑ Non

**Choix de la session de formation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formation** | **Dates** | **Date limite d’inscription** |
| **❑ Session 1 de Mars****Besançon** | **Module 1 :** Mardi 5 mars 2019 **Module 2 :** Mardi 12 mars 2019**Module 3 :** Mardi 26 mars 2019 | 15 février 2019 |
| **❑ Session 2 de Septembre****Dijon**  | **Module 1 :** Mardi 10 septembre 2019**Module 2 :** Mardi 17 septembre 2019**Module 3 :** Mardi 24 septembre 2019 | 30 août 2019 |

 **◆ prise en charge financière**

❑ Autofinancement ❑ Établissement

**◆ Informations Établissement (à renseigner dans le cas d’un financement établissement)**

Nom de la structure  d’appartenance : …………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse de la structure : …………………………………….…………………………………………………………………………………………………………

Code postal : ………………………………….. Ville : ………………………………………………………………………………………………………………….

*Identité du responsable du service de formation de votre établissement*

Nom/ Prénom : ……………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………

Adresse électronique : …………………………………………………............................... Téléphone : ……………………………………………

**Financement par le biais d’un opca :** ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nom de l’OPCA : ❑ UNIFORMATION ❑ UNIFAF ❑ Autre : ……………………………………………

 Adresse de l’OPCA : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**◆Tarif : 450 euros** net de taxe.

 (Le tarif comprend la location des salles, les frais d’inscription, les supports de formation et le déjeuner sur place).

*Chaque formation sera assurée sous réserve d’un nombre suffisant d’inscrits.*

*L’inscription sera validée au retour de la convention signée par l’employeur ou le stagiaire dans le cas d’un autofinancement*