

Formation

Intitulé de la formation : **Construire un cycle de travail**

Lieu : **IFCS - CHU de Nantes - site plateau des écoles (50 route de St Sébastien)**

Prix : **Etablissement GHT 44 : 600€**
Etablissement Hors GHT 44 : 740€

Date : ☐ **Groupe 1** : 2 et 3 février 2026
☐ **Groupe 2** : 31 mars et 1^{er} avril 2026
☐ **Groupe 3** : 19 et 20 mai 2026
☐ **Groupe 4** : 22 et 23 septembre 2026
☐ **Groupe 5** : 3 et 4 novembre 2026

Participant

Nom* : Prénom* :
Date de naissance* : Service :
Code Sésame : N° RPPS :
N° ADELI : SIRET :
Adresse* :
N° de téléphone* : Courriel* :
Service d'exercice :
Mode d'exercice principal : ☐ Libéral ☐ Salarié d'un centre de santé conventionné
☐ Auto salarié ☐ Mixte

Coordonnées employeur

Nom de l'employeur* : N° SIRET* :
Adresse* :
CP* : Ville* :
Email* : Téléphone* :
Nom de la personne en charge des départs en formation* :
Adresse mail* :

Prise en charge de la formation

☐ Financement personnel Joindre votre chèque à l'ordre du Trésor public avec le bulletin d'inscription, à l'adresse ci-dessous ou par courriel

☐ Par l'employeur Joindre une attestation de prise en charge* :
Une convention sera adressée à votre employeur, et la facture lui sera adressée à terme échu de la formation

☐ Autre, précisez :

Fait à : le :
Signature du stagiaire : Signature et cachet de l'employeur :

Votre contact

Institut de Formation des Cadres de santé
Département des instituts de formation
Plateau des écoles
50, route de Saint-Sébastien
44093 Nantes cedex

Téléphone : 02 40 84 68 23
Courriel : bp-ifcs@chu-nantes.fr

***Renseignement obligatoire**

Sauf opposition de votre part, ces données sont informatisées afin de faciliter l'organisation des formations. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectifications. Organisme de formation enregistré sous le numéro 52 44 04336 44 auprès du Préfet de la Région Pays de la Loire.