**Formulaire A**

**Demande d’inscription aux formations SNDS**

**V 31/08/2018**

**Ce formulaire est à envoyer signé et scanné à :** [snds@inserm.fr](mailto:snds@inserm.fr)

**Identité du demandeur *(tous les champs sont obligatoires)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom |  | |
| Unité INSERM – adresse |  | |
| Nom du responsable hiérarchique\* |  | |
| Statut du demandeur dans l’unité | Chercheur | Ingénieur de recherche / Ingénieur d’étude |
|  | Post-doctorant | étudiant en master |
|  | Doctorant | autre, précisez : |
| Employeur (ex Inserm, Université) | public, précisez lequel : | privé, précisez lequel : |
| Source de financement du poste du demandeur si différent | public, précisez laquelle : | privé, précisez laquelle : |

**Coordonnées du demandeur et de son responsable hiérarchique\* *(tous les champs sont obligatoires)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Demandeur** | **Responsable hiérarchique \*** |
| Email |  |  |
| Coordonnées téléphoniques |  |  |

\* responsable d’équipe Inserm ou directeur d’unité Inserm du demandeur.

**Dans quels objectifs demandez-vous une formation à l’utilisation des bases de données du SNDS ?**

Décrivez en quelques lignes les objectifs de votre demande :

Cas 1 : Vous souhaitez bénéficier de l’accès permanent de l’Inserm à l’EGB (pas d'autorisation CNIL nécessaire) :

Cas 2 : Vous souhaitez avoir un accès ponctuel à une extraction de données du SNDS via un espace projet sur le portail de la Cnam (autorisation CNIL nécessaire) :

**Cas 1 : Vous souhaitez bénéficier de l’accès permanent de l’Inserm à l’EGB**

**Projet(s) d’utilisation de l’EGB du SNDS motivant la demande de formation**

Merci de lister dans le tableau ci-dessous les projets pour lesquels vous prévoyez d’utiliser les données de l’EGB (vous pouvez ajouter autant de lignes que nécessaire) et de nous indiquer les informations relatives à l’origine de leur financement.

Ces projets doivent être décrits à l’aide du « Formulaire B – Description de projet et demande d’attribution de droits EGB» (sur financement public / sur financement privé). Un formulaire B devra être complété et signé pour chaque projet.  
**Ces formulaires doivent être envoyés par mail à** [**snds@inserm.fr**](mailto:snds@inserm.fr)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intitulé du/des projet(s) | Date de début | Date de fin (durée max = 5 ans) | Source de financement du projet  (privée ou publique) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Demande(s) de formation et formation(s) effectuée(s)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la formation** | **Durée** | **Prérequis avant de commencer la formation** | **Formation(s) déjà suivie(s)** | **Demande de formation** |
| Architecture et données du SNIIRAM/SNDS  (Formation obligatoire) | 1 jour | Aucun |  |  |
| EGB Simplifié  (Formation obligatoire) | 3 jours | Architecture et données du SNIIRAM/SNDS |  |  |

**Cas 2 : Vous souhaitez avoir un accès ponctuel à une extraction de données du SNDS via un espace projet sur le portail de la Cnam (autorisation CNIL nécessaire)**

**Demande(s) de formation et formation(s) effectuée(s)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la formation** | **Durée** | **Prérequis avant de commencer la formation** | **Formation(s) déjà suivie(s)** | **Demande de formation** |
| Présentation du portail de données SNDS (Formation obligatoire) | 1 jour | Aucun |  |  |
| Données d’extraction DCIR (Formation facultative) | 2 jours | Architecture et données du SNIIRAM/SNDS |  |  |

**Autre(s) demande(s) de formation**

**D’autres formations sont disponibles** et dispensées par la Cnam, en particulier pour accéder à des données agrégées. Si votre demande concerne une autre formation que celles des cas 1 et 2 précitées, merci de préciser votre besoin de formation ci-dessous :

**Signatures :**Le responsable hiérarchique Inserm\* et le demandeur déclarent que les informations renseignées dans le présent document sont correctes et que le demandeur est bien un personnel de son unité/équipe Inserm (employé de l’unité/équipe Inserm déclarée, étudiant ayant signé une convention de stage ou de doctorat avec l’unité/équipe Inserm déclarée ou prestataire sous contrat et agissant pour le compte de l’unité/équipe Inserm déclarée).

**Le responsable hiérarchique : Le demandeur :**

**Nom, prénom : Nom, prénom :   
Date : Date :   
Signature : Signature :**

\* responsable d’équipe Inserm ou directeur d’unité Inserm du demandeur.