**Formulaire A**

**Demande d’inscription aux formations SNDS**

**V 16/05/2019**

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom |  | | | | |
| Coordonnées | @ : | | Tél. : | | |
| Statut du demandeur dans l’unité | Chercheur | Doctorant | | | Post-doctorant |
|  | Ingénieur de recherche / Ingénieur d’étude | Etudiant en master | | | autre, précisez : |
| Employeur  (ex Inserm, Université) | public, précisez lequel : | | | privé, précisez lequel : | |
| Source de financement du poste (si différent) | public, précisez laquelle : | | | privé, précisez laquelle : | |

**Unité Inserm de rattachement et responsable hiérarchique\* du demandeur *(tous les champs sont obligatoires)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unité Inserm | Nom : | Adresse : | | |
| Délégation Régionale (DR) Inserm de rattachement de l’unité |  | | | |
| Directeur d’Unité (DU) | Nom : | | Prénom : | |
| Responsable d’équipe du demandeur (le cas échéant) | Nom :  Prénom : | @ : | | Tél. : |

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

**Projet motivant la demande de formation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Intitulé du Projet | Date de début | Date de fin | Source de financement du projet (privée ou publique) |
|  |  |  |  |

Légende :

: Formation obligatoire  
: Formation facultative

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

**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** | 1 jour | Aucun |  |  |
| **SAS Entreprise Guide : Prise en main du logiciel et utilisation dans le SNDS** | 1 jour | Architecture et données du SNIIRAM/SNDS |  |  |
| **EGB Simplifié** | 3 jours | Architecture et données du SNIIRAM/SNDS |  |  |
| **Initiation au PMSI à travers le SNDS** | 3 jours | Aucun |  |  |

**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**

**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** |
| **Session d’information** | ½ journée | Aucun |  |  |
| **SAS Entreprise Guide : Prise en main du logiciel et utilisation dans SNDS** | 1 jour | Aucun |  |  |
| **Données d’extraction DCIR pour les accès sur projet** | 2,5 jours | Aucun |  |  |
| **Initiation au PMSI à travers le SNDS** | 3 jours | Données d’extraction DCIR pour les accès sur projet |  |  |

**Cas 3 : Vous souhaitez avoir un accès ponctuel à une extraction de données du SNDS avec un hébergement des données hors du portail de la Cnam**

**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** |
| **Session d’information** | ½ journée | Aucun |  |  |
| **SAS Entreprise Guide : Prise en main du logiciel et utilisation dans SNDS** | 1 jour | Aucun |  |  |
| **Données d’extraction DCIR pour les accès sur projet** | 2,5 jours | Aucun |  |  |
| **Initiation au PMSI à travers le SNDS** | 3 jours | Aucun |  |  |

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

**D’autres formations sont disponibles** et dispensées par la Cnam, en particulier pour accéder à des données agrégées ou se former à l’utilisation d’outils comme « SAS Entreprise Guide ». Si votre demande concerne une autre formation que celles des cas 1, 2 et 3 précitées, merci de préciser votre besoin de formation ci-dessous (cf. planning des formations SNDS, Institut 4.10) :

**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.