**Formulaire A**

**Demande d’inscription aux formations SNDS**

**V 31/08/2018**

**Ce formulaire est à envoyer signé et scanné à :** 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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.