**Fiche d’inscription à l’Action de Formation INSU**

 **Initiation à NX CAD**

Je vous remercie de remplir ce document et de le renvoyer avant le 21 Octobre 2022

par mail à : franck.delalee-bordeaux.fr et à gilles.roudilrap.omp.eu

[ ]  M. [ ]  Mme Nom :       Prénom :

Votre E-mail professionnel (obligatoire) :

Téléphone pro :

Dans quel service ou domaine d'activité travaillez-vous ?

Bap (Branche d'Activité Professionnelle) ?

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonction exercée :

Corps/Grade :

Délégation d’appartenance :

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[ ] Agents CNRS Titulaire[ ] Agents non Titulaire payés par le CNRS

**Les agents CNRS n’ont pas de frais d’inscription**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

[ ] Agent non CNRS

Employeur :

[ ]  Université (préciser) :

[ ]  Autre Etablissement public (préciser) :

[ ]  Autre (préciser) :

**FORMATIONS**

Avez-vous déjà participé à une formation NX par le passé ? oui [ ]  non [ ]

**MATERIEL**

Pourrez-vous disposer d’un PC portable ? oui [ ]  non [ ]

Si oui, est-il équipé avec le logiciel NX ? oui [ ]  non [ ]

**DATES DE LA FORMATION**

Du 14 au 18 novembre 2022 : CAO 3D NX : Formation Initiation à NX CAD en présentiel 5 jours : du lundi 9h au vendredi 16h

**LIEU**

**OASU – Bâtiment B18N – Allée Geoffroy Saint Hilaire – 33615 PESSAC**

Merci de décrire votre activité professionnelle, de formuler avec précision vos motivations et de d'indiquer vos attentes par rapport à cette formation ?

Quelles sont les modalités pédagogiques du programme de la formation qui vous attire le plus ?

Quelles sont vos attentes à la suite de cette formation ?

Comment avez-vous pris connaissance de cette formation ?

Laboratoire :

Code Labo. :

Institut :

Adresse complète :

Nom du Directeur :       Tél :

Avis du directeur ou le responsable de service :

Commentaire du directeur ou du responsable de service :

Date :

**Signature de l’agent Signature du directeur**