

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CARTE D'ACCES

A transmettre par mail à : badgespolerecherche-medecine@univ-lille.fr

NATURE DE LA DEMANDE :

Création

Modification

Si modification n° carte :

Accès demandé(s) :

Durée de validité demandée : du au

Accès demandés : 24h/24h 7h/19h Accès week- end & jours fériés* Autres :

**Ne pas oublier la procédure de travailleur isolé (PTI)*

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom et prénom du demandeur :

Adresse mail :

Téléphone :

Laboratoire ou service :

Appartenance administrative : Faculté UDL CHU INSERM Autre :

Fonction du demandeur : Enseignant – chercheur Chercheur Titulaire UDL
 Assistant Interne Personnel CHU
 Contractuel Etudiant Autre :

Pour information, le badge qui vous sera délivré a un coût de 20 Euros supporté par la Faculté de Médecine.

Je reconnais avoir bien pris connaissance de la procédure de travail isolé au pôle recherche.

Je m'engage à la respecter et à compléter tous les documents associés.

Nom et Prénom du demandeur :

Date :

Signature :

VALIDATION

Responsable hiérarchique :

Nom – Prénom :

Date :

Signature :

Responsable de la plateforme :

Nom – Prénom :

Date :

Signature :

Validation du service technique de la Faculté de Médecine

Nom – Prénom :

Date :

Signature :