**Profil :  Personnel  Etudiant**

NOM : Prénom :

Badge/Carte professionnelle PASS SUP’ n° :

Statut

Email :

Equipe/Unité/Structure/Entreprise :

Nom du/de la responsable :

**Pendant les horaires d’ouverture du bâtiment (7h00-16h00)**

**A des zones/étages spécifiques du bâtiment**

**En dehors des horaires d’ouverture (24h/24h et 7 j/7j)**

**Accès parking (vu au préalable avec votre unité)**

**Accès au bâtiment aux horaires habituels de travail :**

Etudiant de 8h00 à 19h00 - IRS-UN

Période :du  entrez une date au entrez une date

Personnel de 7h00 à 20h00 – IRS-UN

Date de fin de convention/contrat entrez une date

**Accès à une zone spécifique du bâtiment aux horaires d’ouverture 7h00-20h00 : Validation obligatoire par le/la responsable** *(Pour toute demande d’accès aux plates-formes de recherche ou plateaux techniques, merci de faire valider la présente demande par chaque responsable de ces plates-formes ou plateaux techniques)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etage 1** | **Etage 2** | **Etage 3** | **Etage 4** |
| **UMR 1087 Institut du Thorax – ITX**  PF THERASSAY  *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1087 Institut du Thorax – ITX**  BIRD  GenoA  *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1307 CRCI2NA**  Impact    *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1307 CRCI2NA**  PF Micropicell  *Nom et signature du Responsable* |
| **Etage 5** | **Etage 6** | **Etage 7** |  |
| UTE (7h00-19h00 du lundi au vendredi)  UTE (7h00-19h00 du lundi au dimanche)  Spectrométrie de Masse  *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1307 CRCI2NA**  PF Micropicell  PF Cytocell  PF IPSC-DTC  *Nom et signature du Responsable* | Plateau Technique de Réactivité  Service Numérique du Pôle Santé (SNPS)  *Nom et signature du Responsable* |  |

Accès aux équipements de (Unités/étages) *Précisez :*

Période demandée : du entrez une date au entrez une date

**Accès à une zone spécifique du bâtiment 24h/24h et 7j/7j**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etage 1** | **Etage 2** | **Etage 3** | **Etage 4** |
| **UMR 1087 Institut du Thorax – ITX**  PF THERASSAY  *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1087 Institut du Thorax – ITX**  BIRD  GenoA  *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1307 CRCI2NA**  Impact    *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1307 CRCI2NA**  PF Micropicell  *Nom et signature du Responsable* |
| **Etage 5** | **Etage 6** | **Etage 7** |  |
| UTE  Spectrométrie de Masse  *Nom et signature du Responsable* | **UMR 1307 CRCI2NA**  PF Micropicell  PF Cytocell  PF IPSC-DTC  *Nom et signature du Responsable* | Plateau Technique de Réactivité  Service Numérique du Pôle Santé (SNPS)  *Nom et signature du Responsable* |  |

Accès aux équipements de (Unités/étages) *Précisez :*

Période demandée : du entrez une date au entrez une date

**VALIDATION DE L’ADMINISTRATION IRS**

*Nantes, le* entrez une date

*Signature du demandeur Signature administration IRS*