



Intitulé : **Assistant de Soins en Gériatrie**

Dates : Du 14 au 18 septembre, du 12 au 16 octobre, du 16 au 20 novembre, et du 14 au 18 décembre 2020

Bulletin à photocopier et à nous retourner

LE STAGIAIRE : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		
NOM : _____		PRENOM : _____
Date de naissance :		Lieu de naissance :
Adresse :	N° et rue :	Ville :
	C.P. :	
 :	Port. :	Courriel :
<i>Activité actuelle :</i>		
<i>Diplôme détenu :</i>		
<i>Désirez-vous bénéficier d'une chambre au foyer de l'institut ? oui / non</i>		
L'EMPLOYEUR : Nom de l'établissement : _____		
Adresse :	N° et rue :	Ville :
	C.P. :	
NOM de la Personne Responsable et Fonction : _____		
 :	Fax :	Courriel :
PRISE EN CHARGE FINANCIERE :		
<input type="checkbox"/> Par le stagiaire : Je m'engage à payer les frais de formation. Date : _____ Signature : _____		
<input type="checkbox"/> Par ANDPC : Pour les libéraux et les professionnels salariés des centres de santé. Inscription préalable sur mondpc.com		
<input type="checkbox"/> Par Pôle Emploi		
<input type="checkbox"/> Par CPF		
<input type="checkbox"/> Par l'établissement employeur : Je soussigné(e), M.....atteste la prise en charge des frais du programme DPC ou de la formation, s'élevant à€, par l'établissement que je représente juridiquement. Date : _____ Signature : _____ Cachet de l'établissement		
Merci de préciser à qui doit être adressée la facture :		
<input type="checkbox"/> à l'établissement directement		
<input type="checkbox"/> à votre OPCA si une subrogation de paiement est établie. Indiquer le <u>nom et les coordonnées de votre OPCA</u> :		