



Intitulé : _____

Dates : _____

Bulletin à photocopier et à nous retourner

LE STAGIAIRE : Madame Monsieur

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : N° et rue : _____
C.P. : _____ Ville : _____

☎ : _____ Port. : _____ Courriel : _____

Activité actuelle :

Diplôme détenu :

Désirez-vous bénéficier d'une chambre au foyer de l'institut ? oui / non

L'EMPLOYEUR : Nom de l'établissement : _____

Adresse : N° et rue : _____
C.P. : _____ Ville : _____

NOM de la Personne Responsable et Fonction : _____

☎ : _____ Fax : _____ Courriel : _____

PRISE EN CHARGE FINANCIERE :

Par le stagiaire : Je m'engage à payer les frais de formation.
Date : _____ Signature : _____

Par ANDPC : Pour les libéraux et les professionnels salariés des centres de santé. Inscription préalable sur mondpc.com

Par Pôle Emploi

Par CPF

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 :

à l'établissement directement

à votre OPCO si une subrogation de paiement est établie.

Indiquer le nom et les coordonnées de votre OPCO: