

**PROGRAMME DE DPC :** .....

**A compléter par le PROFESSIONNEL DE SANTÉ SALARIÉ**

NOM DE NAISSANCE : ..... NOM MARITAL : .....  
 Prénoms : .....  
 Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone : ..... Courriel : .....@ .....

**A compléter impérativement par L'EMPLOYEUR OU L'ORGANISME  
PRENANT EN CHARGE LA FORMATION**

NOM de l'entreprise ou de l'organisme : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone : ..... Courriel : ..... @ .....  
 N° SIRET : ..... Code APE : .....

Je soussigné(e), M.....  
 Directeur de l'entreprise ou de l'organisme, m'engage à prendre en charge les frais de formation de :  
 M.....  
 dans le cadre du **Programme de DPC** intitulé : .....  
 dont le montant s'élève à : ..... **euros**

Fait à ....., le .....

Signature du Directeur de l'entreprise ou de l'organisme :

**(Cachet obligatoire de l'organisme)**

**Attention : Aucun chèque n'est à joindre à ce document.**

A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature.  
 Le montant engagé devra être directement réglé à l'Agent Comptable AMU, après réception de la facture.