

FORMATION CONTINUE : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
Année Universitaire 2017-2018

Médecine

Odontologie

Pharmacie

Ecole de Maïeutique

Intitulé du diplôme :

A compléter par LE STAGIAIRE

NOM DE NAISSANCE : NOM MARITAL

Prénoms :

Né(e) le : à :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél :

Courriel :@

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

Raison sociale :

Représenté par :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél : Fax :

Courriel :@

N° SIRET (**Obligatoire**) :

Code APE (**Obligatoire**) :

Coordonnées de la personne chargée du suivi de la convention de formation professionnelle :

NOM et Prénom :

Tél : Courriel :@

Dossier géré par un O.P.C.A : OUI NON

Si OUI précisez l'organisme (joindre justificatif si subrogation):

A compléter impérativement par L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME

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 diplôme postulé.....

dont le montant s'élève à :€ (frais de formation par an) + 55,10 € * (droits nationaux fixés par arrêté ministériel par an)

Merci de préciser si vous souhaitez une :

Facturation : à partir de janvier 2018 fin de formation (O.P.C.A) par année civile

Fait à....., le.....

(Cachet obligatoire de l'organisme)

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

Attention : N'insérer aucun chèque dans le dossier d'inscription du candidat.

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