



CENTRE HOSPITALIER  
Carcassonne



**BULLETIN D'INSCRIPTION**

**Formation proposée par le Centre Hospitalier de Carcassonne**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de Naissance : ..... Département de Naissance : .....

Ville de Naissance : .....

Emploi/Grade : ..... N°RPPS ou ADELI : .....

- Fonctionnaire
- Contractuel
- Libéral
- Autres (Précisez) .....

Nom de l'employeur : .....

Adresse professionnelle : .....  
.....

Ville : ..... Code postal : .....

☎ : .....

Mail professionnel : .....

Adresse personnelle : .....  
.....

Ville : ..... Code postal : .....

☎ : .....

Mail personnel : .....

Je m'inscris pour la formation (Préciser l'intitulée) :

.....  
.....  
.....

Dates de formation choisies : .....  
.....

**Merci d'indiquer ci dessous si vous êtes porteur d'un handicap pour améliorer votre accueil**

.....

La prise en charge financière de la formation :

<b>INDIVIDUELLE</b>	<b>PAR UN TIERS</b> (employeur, OPCA, Pôle Emploi, Région,...)
Le stagiaire s'engage à prendre en charge financièrement cette action de formation, dans les délais prévus par la convention et suite à son inscription.	L'employeur ou l'organisme s'engage à prendre en charge cette action de formation. Après inscription, la convention et la facture seront adressées à l'organisme concerné.  <i>Nom et adresse de l'organisme de financement :</i> ..... ..... .....  <i>Joindre l'attestation de prise en charge en cas d'accord par un tiers</i>
<b>Date :</b>  <b>Signature du participant :</b>	<b>Date :</b>  <b>Signature et cachet de l'employeur :</b>
Le règlement par chèque ou CCP se fera après réception d'un avis des sommes à payer et sera libellé à l'ordre de Mr Le Receveur du Centre Hospitalier de Carcassonne (un chèque par formation)	