



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 :

INDIVIDUELLE	PAR UN TIERS (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>
Date : Signature du participant :	Date : Signature et cachet de l'employeur :
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)	