



### SITUATION PROFESSIONNELLE

NOM et Prénom du STAGIAIRE : .....

Je suis :  **SALARIE** :     Fonctionnaire                       du Privé                       Contractuel

Précisez :    Profession : .....

Lieu de travail : .....

Employeur : .....

**Travailleur Indépendant**

**Demandeur d'Emploi**

**Autre** : précisez .....

### En cas de prise en charge par votre employeur,

Merci de faire compléter et signer ce document qui permettra d'établir la convention de prise en charge, dès lors que votre dossier aura été retenu à la session de formation demandé.

### FINANCEMENT de la FORMATION

**198,00 €**

**Session de Formation :**    ➔ **NANCY** :  18-20/03/2024 /  17-19/06/2024 /  02-04/12/2024

   ➔ **METZ** :  19-21/02/2024 /  15-17/04/2024 /  07-09/10/2024

*(NB : cochez la session de formation choisie)*

**Nom de l'ORGANISME** : .....

N° de SIRET : .....

Représenté par : .....

Adresse : .....

.....

☎ : .....                      📧 : .....

➔ En cas de demande de prise en charge des frais de formation auprès de l'OPCO dont vous dépendez, merci de bien vouloir le préciser : .....

Le .....

*Tampon et signature*