

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

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

(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