BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner au **SERVICE FORMATION** à l'adresse : dpc@chu-nimes.fr

FORMATION SOUHAITÉE

Intitulé de la formation _____
Date(s) _____
Coût _____ €

PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT Employeur ☐ Personnelle ☐ Autre ☐

STAGIAIRE

Titre de civilité Madame ☐ Monsieur ☐
Nom d'usage _____
Nom de naissance _____
Prénom _____
Date de naissance _ _ / _ _ / _ _ _ _ Ville de naissance _____
*Nom du département de naissance _____ *Numéro sécurité sociale _____
Profession _____
Adresse mail _____
Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Adresse postale _____
Code Postal _ _ _ _ _ Ville _____
N° ADELI ou N° RPPS _____

* à renseigner uniquement lorsque le participant est également le payeur, en tant que personne physique.

ÉTABLISSEMENT (à compléter uniquement si prise en charge « employeur ou autre »)

Public ☐ / Privé ☐
Nom de l'établissement _____
Nom du responsable de l'inscription _____ Adresse mail _____ Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Adresse _____
Code Postal _ _ _ _ _ Ville _____
Numéro SIRET _____
**Numéro CHORUS _____ Numéro d'engagement _____

(Obligatoire pour le secteur public)

Fait à			
Signature du stagiaire		Signature de l'établissement	

Nos locaux sont accessibles aux personnes en situation de handicap. Si votre inscription nécessite une adaptation particulière, manifestez-vous afin que l'on puisse vous proposer une solution adaptée.