

**DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION
D'ASSISTANT(E) DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

Session 2019 - Albi

Date limite de dépôt des dossiers : 23 novembre 2018

L'effectif maximal étant de 30 personnes, seuls les 30 premiers dossiers arrivés complets seront pris en considération.

A renvoyer aux IFMS d'Albi - IFSI et IFAS – 6 Impasse François Verdier – 81000 ALBI

CANDIDAT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance : / / / / / / / / / / / / / / / /

à

Adresse :

.....

.....

Tél. domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

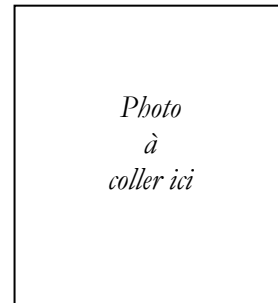
Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Mail :@.....

N° sécurité sociale : /

Nationalité :

(Si vous êtes étranger, copie certifiée conforme par la structure du titre vous autorisant à exercer une activité professionnelle)



Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Adresse exacte de facturation :

Siège Social :

.....

Ou

Etablissement Employeur :

.....

Personne à contacter, chargée du dossier :

Code APE :

Code SIRET :

Code FINESS :

OPCA :

UNIFAF Uniformation OPCA PL- Formahp AGEFOS PME

Autre :

Convention Collective.....

DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- * Certificat ou contrat de travail attestant de la nature du poste occupé
- * Copie des diplômes
- * La photocopie recto verso de votre carte d'identité
- * 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
- * Justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- * Copie du carnet de vaccinations

Fait à, le

Signature du stagiaire

Cachet et signature de l'employeur

CADRE RESERVE AU CENTRE DE FORMATION :

SUIVI DU DOSSIER DU STAGIAIRE

- Certificat ou contrat de travail attestant de la nature du poste occupé
- Copie des diplômes
- La photocopie recto verso de votre carte d'identité
- 2 photos d'identité (portant votre nom au dos)
- Justificatif d'assurance couvrant la responsabilité civile
- Copie du carnet de vaccinations

➤ N° Convention :

➤ Convention envoyée le :

➤ Convention retournée signée le :

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR
Attestation d'emploi
(A compléter par l'employeur)

Je soussigné

Directeur ou Responsable de l'établissement :

.....

Adresse

.....

autorise Madame, Monsieur

à suivre la formation **d'ASSISTANT(E) DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

Formation en 140 heures, aux dates suivantes :

- | | |
|--------------------|--------------------|
| - 10/01/2019 | - 14 au 16/05/2019 |
| - 05 au 07/02/2019 | - 11 au 13/06/2019 |
| - 12 au 14/03/2019 | - 02 au 04/07/2019 |
| - 02 au 04/04/2019 | - 17/09/2019 |

Cette formation se déroulera dans le cadre :

(Cochez la case correspondante)

- D'un Contrat à Durée Indéterminée

Les bénéficiaires des contrats suivants ne pourront être inscrits que si l'employeur s'engage pour le cycle complet de formation

- D'un Contrat à Durée Déterminée
D'un Contrat de professionnalisation

Durée de date à date :

- Renouvellement :
dont la durée du travail hebdomadaire ou mensuelle s'élève àheures

PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION A LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR :

- Plan de formation
 Autre (précisez).....

En cas de financement autre que le plan de formation de l'entreprise, veuillez joindre une photocopie de la prise en charge :

- de l'OPCA (en cas de CIF, Contrat de Professionnalisation...)
- et/ou de la DIRRECTE.

Autorisation ferme (financement acquis)

En attente de financement

Dans ce cas, une confirmation de financement devra nous être adressée par écrit, au plus tard 1 semaine avant l'entrée du stagiaire en formation

Si la prise en charge des frais de formation n'est que partielle, veuillez préciser le montant :

.....

Dans ce cas précis, quel sera le mode de financement complémentaire :

..... Montant :

..... Montant :

La formation se fait-elle hors du temps de travail avec l'accord du salarié ? OUI NON

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

Fait à, le

Cachet et signature de l'employeur

**ENGAGEMENT DU STAGIAIRE
FINANCEMENT INDIVIDUEL**

A compléter par le stagiaire en cas de paiement total ou partiel

Je, soussigné(e).....

Adresse :

.....

m'engage à suivre et à financer la formation d'assistant de soins en gérontologie 2019 :

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION A LA CHARGE DU STAGIAIRE

Montant :

Merci de préciser la ou les demandes de financement de formation effectuée(s)

CIF

Autres :

Joindre obligatoirement la photocopie des justificatifs (prise en charge OPCA, autres...)

En remplissant cette partie, vous vous engagez à fournir à l'Institut Saint Simon tout document relatif à la prise en charge financière dès acceptation par les différents organismes tout au long de votre formation.

Information sur le paiement candidat individuel : le candidat dispose d'un délai de rétractation de 10 jours après la signature du contrat de formation professionnelle. Les paiements sont échelonnés.

En cas d'annulation de l'inscription avant le début de l'action aucune somme ne sera exigée. En cas d'abandon en cours de formation, les heures programmées sont facturables jusqu'à la date de réception de la notification écrite signifiant l'abandon (Lettre RAR).

Tous les items de cette attestation doivent être obligatoirement remplis.

Fait à, le

**Bon pour accord
Signature du stagiaire**