

Mesures transitoires 10 gestes IDE bloc opératoire (MT10 21H)

FORMATION COMPLEMENTAIRE

BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Adresse personnelle :

Téléphone (obligatoire) :

E-mail (obligatoire) :

Fonction du stagiaire :

Service et adresse professionnelle :

Tarif de la formation : 850 euros (déjeuner non compris) ou tarif sur devis

Dates de session(s) souhaitée(s) (cf. site internet) :

Mode de prise en charge

Par l'employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l'employeur

Individuelle - Joindre une attestation d'autofinancement (voir annexe page 3)

Le coût de la formation sera à verser à la Trésorerie des Hôpitaux de Côte d'Or sur présentation d'un titre de recette

Pièces justificatives à fournir obligatoirement

Bulletin d'inscription dûment complété

Attestation d'autofinancement ou engagement de prise en charge financière par l'employeur (Cf ci-dessus)

Un justificatif d'identité en cours de validité (pièce d'identité, passeport)

Copie du diplôme d'état Infirmier

Copie de l'autorisation temporaire d'exercer les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique délivrée par le préfet de région du lieu d'exercice du demandeur (Site internet DREETS)

- **Accessibilité** : demande particulière : OUI NON

Pour les personnes en situation de handicap qui souhaiteraient en faire part à l'institut de formation, nous vous invitons à prendre contact avec un référent Handicap afin d'envisager les aménagements possibles pour suivre la formation dans les meilleures conditions possibles : campusp.handicap@chu-dijon.fr

Fait à, Le.....

Signature :

Ce coupon est à retourner au moins 2 mois avant le début d'une session (passé ce délai, nous consulter) :

- ***Par courrier : Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue
A l'attention de Mme BREDILLET Laetitia – Assistante de formation
12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX***
- ***ou par mail : campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr***

ANNEXE
Attestation autofinancement par le stagiaire

Je, soussigné(e) :

Adresse :

CP et Ville :

Téléphone :

Email de contact (obligatoire pour le suivi du contrat) :

Intitulé de la formation dispensée :

M'engage à prendre en charge le coût de cette formation dont le montant est deeuros.

Dates de formation :

Fait à, le

Signature :