

Convention établie le : _____ Par : _____
 Remise au stagiaire
 Adressée par : COURRIER MAIL
 Date de relance : _____

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR
Année Universitaire 2020-2021

(À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

Médecine Odontologie Pharmacie École de Maïeutique

Intitulé du diplôme :

L'ENTREPRISE

RAISON SOCIALE : _____
 Représentée par : _____ Fonctions : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Tél : _____
 N° SIRET : _____ Code APE : _____ (obligatoires)
Coordonnées de la personne chargée du suivi de la convention :
 NOM et Prénom : _____
 Tél : _____ Courriel : _____ @ _____
 Salarié inscrit en qualité de salarié CIF salarié sur le plan de formation Autre : _____
 Dossier géré par un O.P.C.O : OUI, Lequel ? : _____ NON
 EN CAS DE SUBROGATION, JOINDRE **IMPERATIVEMENT LE JUSTIFICATIF**

LE STAGIAIRE

NOM DE FAMILLE : _____ NOM D'USAGE : _____
 Prénom : _____
 Né(e) le : _____ à : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____ PAYS : _____
 Tél : _____ Courriel : _____ @ _____

Je soussigné(e) :

Directeur, responsable de l'entreprise m'engage à prendre en charge les frais de formation du salarié : M.

Dans le cadre du diplôme postulé dont le montant s'élève à : **1067.25** € (frais de formation par an)

NB : Facturation en fin de formation.

Les relevés de présence sont téléchargeables sur le site <https://umfcs.univ-amu.fr>, et doivent vous être remis signés du responsable d'enseignement par votre salarié.

Fait à _____, le _____
 (Cachet obligatoire de l'organisme) _____ Signature du responsable

Attention : N'insérer aucun chèque dans le dossier d'inscription du candidat.
 A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature. Le montant engagé devra être directement réglé à l'Agent Comptable de l'Université, après réception de la facture.