

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

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE EMPLOYEUR
Année Universitaire 2023-2024
(À COMPLÉTER PAR L'ENTREPRISE)

INTITULE DU DIPLOME : Double diplomation DE Cadre de santé + Master Santé
 1^o année

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 : _____ @
Adresse de facturation (si différente de l'adresse indiquée ci-dessus)
RAISON SOCIALE : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

EN CAS DE SUBROGATION, JOINDRE **IMPERATIVEMENT LE JUSTIFICATIF**

Salarié inscrit en qualité de salarié CIF salarié sur le plan de formation autre :

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 : 5 278,00 € (frais de formation par an)

Facturation en fin de formation Facturation par année civile

Les relevés de présence doivent vous être remis signés du responsable d'enseignement par votre salarié

(Cachet obligatoire de l'organisme) Fait à _____, le _____
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.