

### FICHE DE FINANCEMENT

(fiche à joindre **obligatoirement** à votre dossier de candidature)

#### Cycle Préparatoire 2017 - 2018

##### **Identification du candidat :**

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

##### **Identification de l'employeur :**

Raison sociale de l'employeur :

Adresse :

Tél :

Mail formation continue :

##### **Prise en charge des frais de formation d'un montant de 2089 € par :**

- Votre employeur (**joindre l'attestation de prise en charge**)
- Vous-même (1)
- Autres : .....

(1) Veuillez compléter cet engagement de financement.

Je soussigné(e) Mme, M : \_\_\_\_\_ m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation pour l'année 2017 - 2018, soit la somme de 2089 € (deux mille quatre-vingt-neuf euros), à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Tours.

Somme payable en 2 versements

Fait à ..... le .....

Signature