

FICHE DE FINANCEMENT DE LA FORMATION CADRE 2018 / 2019

NOM DE NAISSANCE : ..... Prénom : .....

NOM d'USAGE : .....

**Adresse personnelle**

Rue :	
Lieu-dit :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Mail :

**Coordonnées précises de l'Employeur\***

Nom :		
Raison sociale de l'employeur :		
Rue :		
B. P. :	Code Postal :	Ville :
Téléphone :	Fax :	

► **Les frais de formation d'un montant de 9800 € seront pris en charge par :**

- Employeur (joindre une attestation de votre employeur)
- Vous-même <sup>(1)</sup>
- Organisme (préciser)

.....

(1) Veuillez compléter l'engagement de paiement ci-dessous.

.....

**ENGAGEMENT DE PAIEMENT PERSONNEL**

Je soussigné(e) Mme, M. ...., m'engage sur l'honneur à régler les frais de formation d'un montant de **9800 € (Neuf mille huit cents euros)** pour l'année 2018-2019 à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours, payable en trois versements.

Fait à,

Le .....

Signature