

FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES FORMATIONS CONTINUES IFCS 2021/2022

MADAME MONSIEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

COORDONNÉES PERSONNELLES (SOUHAITÉES)

Adresse :

Téléphone :

Mail :

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Nom de l'employeur :

Raison sociale :

Adresse de l'employeur :

Téléphone :

Correspondant Formation Continue :

Qualité :

Téléphone :

Mail :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Service actuel :

Fonction exercée :

FICHE DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES FORMATIONS CONTINUES IFCS 2021/2022

(À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT)

Prise en charge financière par : Votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge) ANFH (joindre l'attestation de prise en charge) Vous-même Autres

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

m'engage à régler les frais d'inscription de la formation précitée à l'IFCS du C.H.U. de Tours.

Fait à, le

Signature

Adresse de l'employeur :

Téléphone :

Correspondant Formation Continue :

Téléphone :

Mail :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Service actuel :

Fonction exercée :

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

m'engage sur l'honneur à régler les frais de la formation

qui se tiendra du au 2021/2022, d'un montant de €, à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du C.H.U. de Tours.

Fait à, le

Signature