



## BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner par mail :  
[dfc@unilim.fr](mailto:dfc@unilim.fr)

### Formation aux Prélèvements nasopharyngés des TROD-COVID 19.

Date choisie :

Mme     M

NOM d'usage  Prénom

NOM Patronymique  Nationalité

Adresse

Code postal  Ville

Tél portable  Tél professionnel

Mél :  N° ADELI ou RPPS

### CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU STAGIAIRE

Salarié(e)

Profession .....

Nom de l'entreprise .....

Nom du Directeur (ou du Responsable) .....

Adresse .....

Tél : ..... Mél : .....

Autre : Précisez : .....

**PRISE EN CHARGE DU COUT DE FORMATION PAR L'EMPLOYEUR**

Nom ou raison sociale : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Nom/Prénom contact RH ou formation : .....  
Tél : ..... Mél : .....  
Nom/Prénom du signataire de la convention : .....  
Fonction du signataire : .....  
N° SIRET :

Si règlement de la facture par l'OPCO (joindre obligatoirement l'accord de subrogation) :

Nom de l'OPCO : .....  
Adresse : .....  
Nom/Prénom contact : .....  
Tél : ..... Mél : .....

Fait pour servir et valoir ce que de droit

A..... , le .....

Cachet

Signature de l'employeur

NB : Dès réception du bulletin d'inscription et au regard des éléments cités ci-dessus, le service Gestion FTLV vous adressera une **convention de formation**

**PRISE EN CHARGE PAR LE PARTICIPANT**

Fait pour servir et valoir ce que de droit

A..... , le .....

Signature

NB : Dès réception du bulletin d'inscription et au regard des éléments cités ci-dessus, le service Gestion FTLV vous adressera un **contrat de formation**