

Date de réception : / /

DOSSIER D'INSCRIPTION A LA FORMATION

D'Assistant de soins en gérontologie

Sites : DIJON AUXERRE CHALON

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date et lieu de Naissance : Le/...../..... à

Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : ... / / / / / /

VOS COORDONNEES PERSONNELLES

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Adresse mail :

Autorisez-vous l'IRTESS à communiquer vos coordonnées ?

- A vos collègues de promo OUI NON
- Aux intervenants OUI NON

VOTRE CURSUS SCOLAIRE

Diplôme		Date d'obtention
CEP (Certificat d'Etude Primaire)	<input type="checkbox"/>	
BEPC (Brevet des Collèges)	<input type="checkbox"/>	
BEP	<input type="checkbox"/>	
CAP	<input type="checkbox"/>	
Baccalauréat Général	<input type="checkbox"/>	
Baccalauréat Professionnel	<input type="checkbox"/>	
DEUG - DUT - BTS	<input type="checkbox"/>	
Licence	<input type="checkbox"/>	
Autre à préciser	<input type="checkbox"/>	

DIPLOME PERMETTANT LA FORMATION

Diplôme		Date d'obtention
D.E. D'Aide-Soignant	<input type="checkbox"/>	
D.E Aide Médico Psychologique / D.E Accompagnant Educatif et Social	<input type="checkbox"/>	
D.E CAFAMP AMP	<input type="checkbox"/>	

VOTRE ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Coordonnées de l'établissement :

Nom de l'établissement, du Service ou de l'Entreprise : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Nom du (de la) Directeur(trice) : _____

Service administratif dont dépend l'Etablissement ou le service : _____

Service et Personne à qui doivent être envoyés les courriers : _____

Votre contrat :

Vous réalisez votre formation dans le cadre d'un :

- Contrat à Durée Indéterminée (CDI) Contrat à Durée Déterminée (CDD)
 Temps Complet Mi-Temps

FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Nom de votre OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) : _____

L'Etablissement employeur

Un Organisme Financier

Nom et adresse de l'organisme : _____

Personne chargée du suivi du dossier : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Autofinancement Joindre l'autorisation de l'employeur à suivre cette formation

Fait à : _____ Le : _____

Signature du (de la) candidat(e) :

Signature et cachet de l'employeur :

Pièces à joindre à votre dossier d'inscription :

- Dossier d'Inscription à la Formation**
- 1 Photo d'Identité** récentes
- Photocopie de la **Carte d'Identité recto-verso** ou du **Livret de Famille (pas de permis de conduire)**
- Attestation de l'employeur** précisant la **Nature du contrat de travail** et le **Poste de travail occupé** pendant la durée de la Formation
- Autorisation de l'Employeur à suivre cette Formation** et précisant les **Conditions de son Financement**
- Photocopie du **Diplôme requis**

Seuls les dossiers d'inscriptions COMPLETS seront pris en compte

Dossier à retourner à l'adresse suivante :

IRTESS de Bourgogne
Secrétariat Formation Assistant de soins en Gérontologie (ASG)
A l'attention de Madame BOUPACHA Louiza
lboupacha@irtess.fr
2 Rue Professeur Marion
21000 DIJON

*Toute déclaration reconnue fausse entraîne l'élimination du (de la) candidat(e) aux épreuves d'admission.
Ce questionnaire sera traité par un système informatisé ayant donné lieu à une déclaration à la CNIL*