



**ETABLISSEMENT EMPLOYEUR**

NOM DE L'ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

Nom du (de la) Directeur (trice) : \_\_\_\_\_

Service dans lequel le (la) salarié(e) en formation exerce (Nom et adresse si différent de l'établissement) : \_\_\_\_\_

A qui doivent être envoyés les courriers ? \_\_\_\_\_

**CONTRAT DE TRAVAIL :**

CDI

CDD

Temps complet

Mi-Temps

**NOM DE VOTRE OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) :** \_\_\_\_\_

**FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

Financement par l'employeur

Financement par un Organisme Financier (précisez le nom) : \_\_\_\_\_

Personne suivant le dossier : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Autre financement : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

*Signature du (de la) candidat(e) :*

*Signature et cachet de l'employeur :*

**DOSSIER A RETOURNER A :**

**IRTESS  
LOUIZA BOUPACHA  
2 RUE PROFESSEUR MARION  
21000 DIJON**

**Le dossier du candidat doit comporter les pièces indiquées ci-dessous pour être recevable.  
Seules seront prises en compte les inscriptions comportant l'ensemble des éléments.**

**Pièces à joindre au dossier :**

- Dossier d'Inscription à la formation dûment renseigné
- 1 Photo d'Identité récente
- Photocopie de la Carte d'Identité en cours de validité recto-verso
- Photocopies des diplômes
- Attestation de l'employeur précisant la nature du contrat de travail et le poste de travail occupé pendant la durée de la formation
- Attestation de l'employeur confirmant que le candidat accompagne une population en souffrance psychique depuis au moins un an