|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MAJ 18/10/2022 | **S:\GESTION DOCUMENTAIRE CAMPUS\T15 CFARM\2 BASE DE DONNEES\logo\LOGO CFARM 2022.jpg**12 boulevard Maréchal de Lattre de TassignyBP 77908 - 21079 DIJON CedexN° Déclaration d’activité : 26 21 P00 2321N° SIRET : 262 100 076 00104 |  |

**Formation d’Accompagnement à la VAE**

Filière Assistant.e de Régulation Médicale

**Bulletin d’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :…………………………………………………………………………… | Prénom :………………………………………………………………………. |
| Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ..................................................................................................................................................................................... |
| Tél. : ………………………………………………………………………….. | E.mail : ………………………………………………………………………… |
| Fonction et service : ................. ................................... ................................... ................................... ...................... |
| Adresse professionnelle :………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ..................................................................................................................................................................................... |
| * Tarif de la formation : **1 176€**
* Dates de session(s) souhaitée(s) :…………………………………………………………………………………………………………………………..
 |
| **Mode de prise en charge**□ Par l’employeur - Joindre un justificatif de prise en charge par l’employeur□ Individuelle - Joindre une attestation d’autofinancement***Le paiement de la formation sera à verser à « Trésorerie des Hôpitaux de Côte d’Or » sur présentation d’un titre de recette*** |
|  Fait à …………………………………………………………………., Le ……………………………………………………………… |
|     Signature :  |
| ***Ce coupon est à retourner au moins un mois avant le début d’une session*** *(passé ce délai, nous consulter)****:*** |
| * ***Par courrier :***
 | ***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue******A l’attention de Mme CHOUAL*** ***12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX*** |
| * ***ou par mail :***
 | ***ifps-formationcontinue@chu-dijon.fr*** |