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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 Tassigny  BP 77908 - 21079 DIJON Cedex  N° Déclaration d’activité : 26 21 P00 2321  N° 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*** | | |