

FORMATION MODULAIRE A DESTINATION DES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS POUR PARTICIPER AUX SOINS D'HYGIENE, DE CONFORT ET DE BIEN-ETRE DE LA PERSONNE AGEE

DOSSIER D'INSCRIPTION

• PREREQUIS

- ASH exerçant en EHPAD, SAAD ou établissement de santé, public ou privé et **justifiant d'une ancienneté dans la structure d'au moins 3 mois.**

• DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT A L'INSCRIPTION

- La ou les photocopie(s) de votre ou vos certificat(s) de travail ou une attestation de votre employeur justifiant d'une ancienneté dans la structure d'au moins 3 mois en tant qu'ASH en EHPAD, SAAD ou établissement de santé, public ou privé.

Sur chaque document fourni, devront être mentionnés : la nature de l'emploi occupé, la ou les périodes d'emploi (du... au ...) ainsi que la durée hebdomadaire (ex 35h/semaine, 50%...).

Attention : les contrats de travail seuls ne peuvent pas être acceptés.

- La fiche de renseignements dûment complétée - **annexe 1.**
- Le LIVRET DE POSITIONNEMENT des ASH exerçant en EHPAD, en SAAD et en établissements de santé pour l'accès à la formation « Participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée » validé par l'employeur - **annexe 2.**

• DATES ET DUREE DE LA FORMATION

- Session de 70 heures de formation en présentiel réparties sur 10 jours comme suit :

↳ 9 journées de 7 heures fractionnées en 3 séquences

1 ^{ère} session (complète)	2 ^{ème} session
<ul style="list-style-type: none">▪ 2 – 3 et 4 mars▪ 30 – 31 mars et 1^{er} avril▪ 7 – 8 et 9 avril	<ul style="list-style-type: none">▪ 10 – 11 et 12 mai▪ 18 – 19 et 20 mai▪ 15 – 16 et 17 juin

↳ Une journée de retour d'expérience de 7 heures **le 29/06/21 pour les 2 sessions.**

- Une attestation de suivi de formation sera délivrée uniquement si l'apprenant est présent sur la totalité de la formation soit 70 heures de présence.

- **TARIF DE LA FORMATION**

- 1000 euros par apprenant pour les 70 heures de formation.
- 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 coût de la formation sera à verser à Monsieur le Trésorier Principal du C.H.U de DIJON sur présentation d'un titre de recette.

- **NOMBRE DE PLACES**

- La formation sera réalisée en groupes de 12 personnes maximum.

- **MODALITES D'INSCRIPTION**

- Par courrier à l'adresse postale :

***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne
Formation Modulaire à destination des ASH
12 Boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny
BP 77908 - 21079 DIJON CEDEX***

- Par mail à l'adresse ifps-formationcontinue@chu-dijon.fr

Le dossier doit être transmis complet en un seul envoi par courrier ou par mail.

- Date limite d'inscription : **le 16 avril 2021**

**FORMATION MODULAIRE A DESTINATION DES AGENTS DES SERVICES HOSPITALIERS
POUR PARTICIPER AUX SOINS D'HYGIENE, DE CONFORT ET DE BIEN-ETRE DE LA PERSONNE AGE**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - annexe 1

INSCRIPTION : en 2 ^{ème} session <input type="checkbox"/>		
Civilité- Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>		
Nom de naissance :		
Nom d'usage :		
Prénoms :		
Date de naissance : / /		
Téléphone fixe et/ou portable <u>obligatoire</u> personnel :		
Adresse personnelle		
N°	Code Postal	Commune
Rue		
Adresse mail personnelle :		
Nom et adresse de l'employeur :		
.....		
.....		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur les documents fournis.		
A _____ LE _____		
Signature :		