|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI)**12 Boulevard Maréchal de Lattre de TassignyBP 77908 - 21079 DIJON CedexN° Déclaration d’activité : 26 21 P0023 21N° SIRET : 262 100 076 00104 |  |

****

***Etre Tuteur De Stage Paramédical***

**(Formation à destination des infirmiers)**

**Bulletin d’inscription**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :…………………………………………………………………………… | Prénom :………………………………………………………………………. |
| Adresse personnelle :……………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ..................................................................................................................................................................................... |
| Tél. : ………………………………………………………………………….. | E.mail : ………………………………………………………………………… |
| Fonction et service : ................. ................................... ................................... ................................... ...................... |
| Adresse professionnelle :………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ..................................................................................................................................................................................... |
| .....................................................................................................................................................................................* Tarif de la formation : **980€**
* 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 coût de la formation sera à verser à la 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 au 03.80.29.39.96)****:*** |
| * ***Par courrier :***
 | ***Campus Paramédical CHU Dijon Bourgogne - Formation Continue******A l’attention de Mme CHOUAL – Chargée d’administration de direction******12 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny – 21079 Dijon CEDEX*** |
| * ***ou par mail :***
 | ***campusp-formationcontinue@chu-dijon.fr*** |