

FICHE D'INSCRIPTION FORMATION – ANNEE 2024

« Accompagnement à la réflexion sur les pratiques professionnelles en Gériatrie »

NOM de NAISSANCE EPOUSE.....

PRÉNOMS

NE (E) LE NATIONALITÉ

Numéro de Sécurité sociale.....

ADRESSE.....

TÉLÉPHONE(S) *obligatoire* :

Fixe : Portable :

Ce numéro restera confidentiel si vous êtes sur la liste rouge

Mail *obligatoire* :

Etablissement employeur :

Fonction :

Ancienneté dans la fonction :

Dates de la session : 5 séances de 1 h 30 de 11 h 00 à 12 h 30

Groupe 1 – les 14/05 – 11/06 – 17/09 – 08/10 – 19/11/2024

Groupe 2 – les 21/05 – 18/06 – 24/09 – 15/10 – 26/11/2024

FINANCEMENT

Personnel

Organisme de financement : (précisez et joindre attestation de prise en charge)

Employeur : (précisez et joindre attestation de prise en charge)