

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE

A remplir par l'employeur

Je soussigné (e) :

Agissant en qualité de :

Représentant l'organisme employeur (nom de l'établissement) :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Email de contact : **(obligatoire pour le suivi des conventions)** :

L'organisme que je représente s'engage à prendre en charge :

☐ Les frais d'inscriptions de €

Pour la formation :

Date(s) :

La prise en charge concerne M/Mme (NOM, prénom du stagiaire)

Date de Naissance : Fonction :

Une convention de formation sera établie entre l'employeur et le Centre de Formation Permanente du CHU de Nantes.

Fait à, le

Cachet de l'employeur

Signature

Document à renvoyer par mail à bp-cfp@chu-nantes.fr