****  

La certification qualité a été délivrée au titre des catégories d'action suivante :

**ACTIONS DE FORMATION**

**ACTIONS PERMETTANT DE VALIDER LES ACQUIS DE L'EXPERIENCE**

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

**XXème Journée nantaise d’hygiène hospitalière**

**Le 15 novembre 2022**

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 80€

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