

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation : _____

Date : _____ Coût : _____

PARTICIPANT

☐ Mme ☐ M. Nom* : _____ Nom de naissance : _____

Prénom* : _____ Date de naissance* : ____ / ____ / ____

Service : _____

Adresse d'exercice principal* : _____

Code postal* : _____ Ville* : _____

Téléphone : _____ Courriel* : _____

N°RPPS ou code ADELI (A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI – destiné à apparaître dans l'attestation DPC) : _____

Profession*

☐ Médecin

☐ Aide-soignant

☐ Manipulateur d'électroradiologie médicale

☐ Pharmacien

☐ Interne

☐ Infirmier

☐ Sage-femme

☐ Préparateur en pharmacie

☐ Technicien de laboratoire médical

☐ Autre : _____

Mode d'exercice dominant (>50%)* et Prise en charge* :

☐ Libéral ou ☐ Salarié d'un Centre de santé conventionné

☐ Salarié ou ☐ Mixte

Attestation de prise en charge Employeur à Télécharger : [ICI](#)

Fait à : _____, le _____

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :
(si prise en charge par l'employeur)

A RETOURNER : • par courrier : Centre de Formation Permanente, CHU de Nantes, Immeuble Deurbroucq, 5 allée de l'Ile Gloriette, 44093 Nantes Cedex 1
ou • par courriel : bp-cfp@chu-nantes.fr

* Informations obligatoires

Sauf opposition de votre part, ces données sont informatisées afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.