



**L'ETABLISSEMENT OU SERVICE EMPLOYEUR**

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU DU SERVICE :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Fax :** \_\_\_\_\_

**Nom du (de la) Directeur(trice) :** \_\_\_\_\_

**Service Administratif dont dépend l'Etablissement ou le Service :** \_\_\_\_\_

**Dans quel Service et à qui doivent être envoyés les courriers ?** \_\_\_\_\_

**CONTRAT DE TRAVAIL :**

CDI

CDD

Temps Complet

Mi-Temps

**NOM DE VOTRE OPCA (ORGANISME PARITAIRE COLLECTEUR AGREE):** \_\_\_\_\_

**FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

Financement par l'employeur

Financement par un Organisme Financier : *(précisez le nom)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personne suivant le dossier : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Autre financement : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

*Signature du (de la) candidat(e) :*

*Signature et cachet de l'employeur :*

**DOSSIER A RETOURNER A :**

**I.R.T.E.S.S de Bourgogne  
Secrétariat Formation d'Assistant de Soins en Gériatrie  
Mme Angèle DE LA PORTE  
2 rue Professeur Marion  
21000 DIJON**

**Seules seront prises en compte les inscriptions  
comportant l'ensemble des éléments ci-dessous.**

**Pièces à joindre au dossier :**

- Dossier d'Inscription à la Formation**
- 2 Photos d'Identité récentes**
- Photocopie de la Carte d'Identité recto-verso ou du Livret de Famille**
- Attestation de l'employeur précisant la Nature du contrat de travail et le Poste de travail occupé pendant la durée de la Formation**
- Autorisation de l'Employeur à suivre cette Formation et précisant les Conditions de son Financement**
- Photocopie(s) du Diplôme requis**