

BULLETIN D'INSCRIPTION**Intitulé de la formation :****Formation animée par :**

Date et horaires de la session :

Durée :

Lieu : bâtiment Les Chênes Verts, salle de formation N°

Présentiel

Distanciel

Coût de la formation :

Nom, Prénom	
Profession	
Numéro RPPS / ADELI	
Coordonnées Téléphoniques	
Courriel	
Identité employeur, Représenté par	
Coordonnées Responsable inscription (nom, prénom, courriel, ligne téléphonique)	
Adresse complète employeur	
Numéro SIRET	
Numéro CHORUS	
Situation Handicap Nos formations sont accessibles aux personnes nécessitant un aménagement spécifique, une fiche d'analyse des besoins handicap vous sera fournie si nécessaire. Afin de vous accueillir dans de meilleures conditions merci de contacter notre référente handicap, madame Sandrine VALLI : s.valli@ch-grasse.fr	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Pour les formations MAC PRAP 2S/ALM et MAC PRAP IBC, merci de nous fournir le certificat initial pour la formation.**C.H. GRASSE - Direction des Ressources Humaines - Service Formation**☎ : 04.93.09.51.44 - ✉ formationC@ch-grasse.frChemin de Clavary - 06130 GRASSE www.ch-grasse.fr

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro : 9306P004106 - Siret : 260 600 176 000 10

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat (L.6352-12 du code du travail)

Pourquoi avez-vous choisi cette formation ?	
Quelles sont vos attentes ?	
Quels sont les objectifs visés pour cette formation ?	
Quelles sont les difficultés que vous rencontrez actuellement dans votre fonction ?	

Attention !

Pour le bon déroulement de la formation, il est indispensable de compléter et d'envoyer la fiche d'analyse des besoins minimum 15 jours avant la formation afin d'adapter celle-ci.

Bulletin à retourner :

- Par courrier : Centre Hospitalier de Grasse – Chemin de Clavary – 06130 GRASSE
- Par mail : FormationC@ch-grasse.fr

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente du CH de Grasse



Date, signature et cachet de l'entreprise : (pour les inscriptions prises en charge par l'employeur)

Date et signature du stagiaire : (pour les inscriptions à titre individuel)

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à : FormationC@ch-grasse.fr.

Le Centre Hospitalier de Grasse est engagé dans la démarche RGPD et met tout en œuvre pour respecter la confidentialité de vos données.

C.H. GRASSE - Direction des Ressources Humaines - Service Formation

 : 04.93.09.51.44 -  formationC@ch-grasse.fr

Chemin de Clavary – 06130 GRASSE www.ch-grasse.fr

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro : 9306P004106 - Siret : 260 600 176 000 10

Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat (L.6352-12 du code du travail)