

Institut de Formation des Aides-Soignants

Madame PLAISANCE-LAMY Myriam
Directeur de Soins du Centre de Formation

Affaire suivie par Madame HOLTZ Victoria

☎ 03 88 57 71 33

✉ victoria.holtz@ghso.fr ou secretariat.ifs@ghso.fr



DOSSIER FINANCEMENT EMPLOYEUR / OPCO



Adoptez l'éco-attitude. N'imprimez que les pages nécessaires et de préférence en format recto-verso.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

A REMETTRE AU PLUS TARD LE 19 AOÛT 2019

- Attestation de prise en charge par l'employeur complétée
- Copie du contrat de travail,
- S'il y a lieu, copie du contrat de prise en charge de l'OPCO.

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

Réf : T3N4-9

Version : V 1

Date : 12/06/2019

Je soussigné(e)

CIVILITE : Madame Monsieur

NOM - PRENOM : _____

QUALITE : _____

ETABLISSEMENT : _____

Numéro : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

atteste de l'inscription à la formation préparant au **Diplôme d'Etat d'Aides-Soignants de l'Institut de Formation des Aides-Soignants du Groupe Hospitalier Sélestat Obernai**, se déroulant à temps complet du _____ au _____, de :

CIVILITE DU SALARIE : Madame Monsieur

NOM – PRENOM DU SALARIE : _____

Je m'engage à verser les frais d'inscription d'un montant de **100 €** Oui Non

Je m'engage à verser la totalité des frais de formation selon le devis transmis.

Les frais de formation seront pris en charge par :

l'OPCO de l'établissement : _____

le plan de formation de l'établissement

Une convention sera établie par le Groupe Hospitalier Sélestat Obernai au moment de la rentrée.

Un titre de recette sera établi par le Groupe Hospitalier Sélestat Obernai, par année civile.

Fait à _____

Le _____ / _____ / _____

Signature de l'employeur

CACHET de l'établissement