

RISQUES PSYCHOSOCIAUX AU TRAVAIL

Vendredi 27 novembre 2009

BULLETIN D'INSCRIPTION

Mme M

NOM : Prénom :

N° Sécurité Sociale Obligatoire : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Adresse de correspondance et de facturation :

.....

.....

Tél : Portable :

Courriel : @

Profession : Médecin du Travail Ergothérapeute
 IDE Assistante Sociale
 INRP Autre (précisez)

Mode d'exercice : Salarié Libéral

Adhérent de la Société de Médecine et Santé au Travail

Autres

S'Inscrit à la formation du **vendredi 27 novembre 2009**.

Tarif : 40€

Inscription :

- À titre individuel** : joindre un chèque de 40€, libellé au nom de « M. l'Agent Comptable de l'UCBL »
- Financée par l'employeur** : joindre une attestation de prise en charge de l'établissement

Date :

Signature et cachet :

Le bulletin d'inscription est à renvoyer à l'adresse suivante accompagné de votre règlement ou d'une attestation de prise en charge financière :

Université Claude Bernard Lyon 1
Service de formation continue – Antenne santé
8 avenue Rockefeller – 69373 Lyon cedex 08
Mme Jill GRANDJEAN - Tél. : 04.78.77.72.60

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR

(Document à produire en original et à joindre au dossier d'inscription)

A l'attention de l'Université Claude Bernard Lyon1, Service Formation Continue

Je soussigné(e)
agissant en qualité de

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

N° de SIRET complet (14 chiffres) : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|

Forme juridique : Privé

Public

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'Université Claude Bernard Lyon1 :

NOM du stagiaire :

Prénom du stagiaire :

À la formation :

Intitulé exact de la formation :

Dates de la formation :

Pour un montant de :

Adresses de convention et de facturation : (Si facturation à un autre organisme financeur, joindre un justificatif)

Correspondant : Nom :

Téléphone :

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde de la formation.

Tampon de la société :	Date : Signature du Responsable :	Signature du stagiaire :
-------------------------------	--	---------------------------------