

Inscription et prise en charge

Certificat de compétences

Assistant aux projets et parcours de vie (APPV)

Code Cnam : CC15800A

Année : 20 - 20

Une fois complété, envoyez le dossier d'inscription et de prise en charge à votre conseillère en formation par voie électronique à l'adresse : helene.dabjat@lecnam.net.

Informations :

- › Ce document sert à établir une convention de formation adressée à l'employeur en double exemplaire pour signature.
- › En cas d'absence de l'élève aux enseignements, ou de carence ultérieure de l'organisme de mutualisation, l'employeur s'engage à régler le solde du coût de la formation.
- › L'inscription de l'élève n'est effective qu'à réception de ce document dûment renseigné et signé accompagné de sa **pièce d'identité en cours de validité**.

Des pièces justificatives peuvent être demandées pour finaliser l'inscription.

Identité de l'entreprise

Nom de l'entreprise :			
Raison sociale :			
SIRET :		Code NAF :	
Adresse postale :			
Code postal :		Ville :	

Personne à contacter au sein de l'entreprise :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :		Prénom :	
Fonction :			
Téléphone :		Mail :	

Identité du salarié

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom d'usage :		Prénom :	
Nom de naissance :		Nationalité :	
Né(e) le :		A :	
		N° dept. :	
		Pays :	
Poste occupé :			RQTH : ☐ Oui ☐ Non

Coordonnées :

Adresse postale :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone :		Mail :	

Niveau et expérience dans le domaine :

Dernier plus haut diplôme obtenu :						
Expérience :	☐ Moins d'1 an	☐ 1 à 2 ans	☐ 2 à 3 ans	☐ 3 à 5 ans	☐ 5 à 10 ans	☐ Plus de 10 ans

Dispositif de prise en charge

Coût de la formation : 3 775,00€ TTC

Cocher le dispositif de prise en charge choisi :

- ☐ Période de professionnalisation
☐ Plan de formation de l'entreprise (I, II ou III)
☐ Autre, précisez :

L'employeur a-t-il demandé l'intervention d'un organisme de mutualisation pour la prise en charge de la formation ? ☐ Oui ☐ Non

La facture doit-elle être adressée à cet organisme ? ☐ Oui ☐ Non

Nom de l'organisme de mutualisation

SIRET

Adresse postale

Code postal

Ville

Pays

Contact au sein de l'organisme

Civilité :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

Important : Dans le cadre d'une prise en charge partielle ou totale de la formation par l'organisme de mutualisation (OPCO), l'entreprise devra joindre à ce document l'accord de prise en charge de l'OPCO.

Données personnelles

Le Cnam Nouvelle-Aquitaine s'engage à traiter les données à caractère personnel dans le respect de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés](#) et du « [Règlement général sur la protection des données](#) » (RGPD). Pour prendre connaissance de notre politique d'utilisation et de protection des données, consultez les [Conditions Générales de Vente](#).

Fait à :

Le :

Signature du salarié :

Cachet et signature de l'entreprise :



Réinitialiser le document