

Formation choisie : ASSISTANT DENTAIRE AIDE DENTAIRE
 Souscription demandée par : l'employeur Signature :

Toutes les rubriques suivantes doivent être renseignées :

RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

| | |
|--|--|
| Raison sociale/Nom/Prénom | |
| Adresse | |
| CP/Ville | |
| N° tel | |
| E-mail | |
| N° SIRET | |
| Effectif de l'entreprise | |
| - Nom/Prénom du tuteur : _____ - Date de naissance du tuteur : _____ - E-mail du tuteur : _____ - Emploi occupé du tuteur : _____ | |

RENSEIGNEMENTS SALARIÉ EN FORMATION – joindre obligatoirement la photocopie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité

| | |
|--|--|
| Nom administratif | |
| Nom d'épouse | |
| Prénom | |
| N° sécurité sociale | |
| Date de naissance | |
| Lieu de naissance | |
| Adresse | |
| CP/Ville | |
| N° téléphone (mobile et fixe) | |
| N° téléphone de la personne de confiance | |
| E-mail | |
| Diplômes obtenus (niveau 3 minimum) | |

| | |
|---|---|
| CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION Imprimé cerfa n° 12 434* 02 Pour former dans le cadre d'une nouvelle embauche un jeune jusqu' à 25 ans inclus ou un demandeur d'emploi de 26 ans et plus | Date de début de contrat : <input type="text"/> |
| | Type de contrat : <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD |
| | Profil : <input type="radio"/> ≤ 25 ans <input type="radio"/> Demandeur d'emploi ≥ 26 ans N°IDE Pôle Emploi obligatoire: _____ Date d'inscription au Pôle Emploi: _____ |
| Durée hebdomadaire de travail (incluant les 7 heures de formation) | <input type="radio"/> Temps complet (35 heures) <input type="radio"/> Temps partiel : _____ (à partir de 25 heures jusqu'à 34 heures) |
| Pour établir votre calendrier, merci de préciser le jour de cours et lieu de cours. | Jour de cours choisi : _____ Lieu de cours choisi : _____ |
| Prise en charge des frais pédagogiques | <input type="radio"/> OPCO EP/ subrogation <input type="radio"/> Employeur (exemple : mutualité...) Autre : _____ |

Document à nous retourner par courrier électronique ou postal :
 Centre national de gestion Administrative CNQAOS – Immeuble A4-D
 98 Boulevard Victor Hugo, 92110 Clichy
 Courriel : souscription@cnqaos.org

Besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?
01.78.91.01.40