

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	
Nom/Prénom du tuteur	
Emploi occupé du tuteur	
Date de naissance du tuteur	
Effectif de l'entreprise	

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)	

<p align="center">CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION</p> 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"/> ACTALIANS/ 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