

Date de la demande :

DEMANDE DE SOUSCRIPTION

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-m@il	
N° SIRET	
Activités exercées	<input type="radio"/> OMNIPRATIQUE <input type="radio"/> CHIRURGIE <input type="radio"/> ODF
1ère stagiaire CNQAOS ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

RENSEIGNEMENTS STAGIAIRE – 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 V minimum)	

CHOIX DU CONTRAT DE TRAVAIL

<input type="radio"/> CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION Imprimé cerfa n° 12 434* 02	Date de début de contrat : _____
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	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 : _____
<input type="radio"/> CDI PRO-A Pour favoriser l'adaptation d'un salarié au poste de travail	<input type="checkbox"/> CDI de droit commun Date de début de contrat : _____ (fournir l'avenant au CDI)
<input type="radio"/> AUTRE (reconversion, ...)	<input type="radio"/> CPF <input type="radio"/> Autre, précisez :
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 17 heures jusqu'à 34 heures)
Lieu de cours choisi	
Pour établir votre calendrier, merci de préciser le jour de cours.	Jour de la semaine choisi : .
Prise en charge des frais pédagogiques	<input type="radio"/> ACTALIANS/ subrogation <input type="radio"/> Employeur (exemple, mutualité....) <input type="radio"/> 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