

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 et nom d'usage	
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)	

EMPLOI OCCUPÉ DU SALARIÉ

Nature du contrat de travail initial	<input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> AUTRE: _____
Date de début du contrat de travail initial (au minimum de 6 mois à 12 mois de l'ancienneté dans le cabinet)	_____
Emploi occupé dans le cadre du contrat de travail initial (intitulé précis) : _____	Classification de l'emploi dans la convention collective : Niveau : _____ Coefficient hiérarchique : _____
Emploi visé par la reconversion ou promotion par alternance (intitulé précis) : _____	CODE IDCC : _____ Classification de l'emploi dans la convention collective : Niveau : _____ Coefficient hiérarchique : _____
Date de début de la reconversion ou promotion par alternance : _____	Date de fin de la reconversion ou promotion par alternance : _____
Durée hebdomadaire de travail (incluant les 7 heures de formation) et salaire mensuel (brut)	Salaire mensuel (brut) : _____ Durée hebdomadaire : _____ (à partir de 25 heures jusqu'à 35 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="checkbox"/> OPCO EP/ subrogation <input type="checkbox"/> Employeur (exemple : mutualité...) <input type="checkbox"/> Autre : _____

Les informations demandées dans cette fiche de renseignement, sauf avis contraire de votre part, feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé aux services de la CNQAOS. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

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