

Formation choisie : ASSISTANT DENTAIRE AIDE DENTAIRE
Pré-inscription 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	

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	

EMPLOI OCCUPÉ DU SALARIÉ

Nature du contrat de travail initial	<input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> AUTRE: _____
Emploi occupé dans le cadre du contrat de travail initial (intitulé précis) : _____	
Date de réception du courrier de la CPNE FP : _____	
Durée hebdomadaire de travail et salaire mensuel (brut)	Salaire mensuel (brut) : _____ Durée hebdomadaire (à partir de 31 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 : _____

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