

BULLETIN D'INSCRIPTION

FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation : GESTION DU RISQUE INFECTIEUX AU COURS DE LA PRISE
EN CHARGE D'UN RÉSIDENT EN EHPAD OU EMS

Date : 14 octobre 2021

Coût : 80 €

PARTICIPANT(S)

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Service : _____ Courriel : _____
Profession : IDE AS AMP

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Service : _____ Courriel : _____
Profession : IDE AS AMP

Etablissement : _____

Adresse : _____

CP/Ville : _____

PRISE EN CHARGE

- Prise en charge personnelle par le salarié : le participant doit avancer les frais d'inscription. Bulletin d'inscription à renvoyer par courrier, accompagné du règlement par chèque bancaire à l'ordre de l'APLEIN.
- Prise en charge des frais d'inscription par l'employeur qui complète l'encadré ci-dessous. Bulletin d'inscription à renvoyer par mail ou courrier.

Nom du responsable administratif en charge des départs en formation : _____

Courriel du responsable administratif : _____

Nom du signataire de la convention : _____

Fait à : _____ , le _____

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :

A RETOURNER : • par courrier : CPias PDL - CHU – Bâtiment Le Tourville – 4^{ème} étage
5 rue Pr Boquien - 44093 NANTES
• par courriel : cpias.pdl@chu-nantes.fr

A réception de votre bulletin d'inscription, une convention de formation vous sera adressée.

A l'issue de la formation, la facture et une attestation de présence vous seront délivrées.

Toute demande d'annulation doit nous parvenir par écrit au plus tard 10 jours calendaires avant le début de la formation.