

## FORMATION SOUHAITEE

Intitulé de la formation : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Coût : \_\_\_\_\_

## PARTICIPANT

Mme  M. Nom\* : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom\* : \_\_\_\_\_ Date de naissance\* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Adresse d'exercice principal\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel\* : \_\_\_\_\_

N°RPPS ou code ADELI (A remplir si le professionnel est enregistré au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI – destiné à apparaître dans l'attestation DPC) : \_\_\_\_\_

Profession\*

Médecin

Aide-soignant

Manipulateur d'électroradiologie médicale

Pharmacien

Interne

Infirmier

Sage-femme

Préparateur en pharmacie

Technicien de laboratoire médical

Autre : \_\_\_\_\_

### Mode d'exercice dominant (>50%)\* et Prise en charge\* :

Libéral ou  Salarié d'un Centre de santé conventionné

→  La formation est DPC : inscrivez-vous directement sur <http://www.mondpc.fr/>

→  La formation n'est pas DPC : la prise en charge est personnelle. Bulletin d'inscription à renvoyer par courrier, accompagné du règlement par chèque bancaire libellé à **l'ordre du Trésorier Principal du CHU de Nantes**.

Salarié ou  Mixte

→  Prise en charge personnelle : le participant doit avancer les frais d'inscription. Bulletin d'inscription à renvoyer par courrier, accompagné du règlement par chèque bancaire libellé à l'ordre du Trésorier Principal du CHU de Nantes.

→  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.

## EMPLOYEUR

Désignation de l'employeur\* : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur\* : \_\_\_\_\_

CP\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Nom du responsable administratif en charge des départs en formation\* : \_\_\_\_\_

Adresse mail du responsable administratif en charge des départs en formation\* : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :  
(si prise en charge par l'employeur)

**A RETOURNER :** • par courrier : Centre de Formation Permanente, CHU de Nantes, Immeuble Deurbroucq, 5 allée de l'île Gloriette, 44093 Nantes Cedex 1  
**ou** • par courriel : [bp-cfp@chu-nantes.fr](mailto:bp-cfp@chu-nantes.fr)

\* Informations obligatoires

Sauf opposition de votre part, ces données sont informatisées afin de faciliter la gestion et l'organisation des formations. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ces informations pourront faire l'objet d'un droit d'accès ou de rectification.