

S004

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

NOM :

Prénom :

Financier N° :

Stagiaire N° :

Convention N°



DOSSIER DE PRISE EN CHARGE
D.I.U « C.E.S.A.M »
2020 – 2021

Prise en charge des frais d'enseignement (par stagiaire) : 1480€ / module *

METHO STARC EPIQ DATA INFO

Prise en charge des droits de scolarité de 170€

OUI NON

Inscription à l'enseignement :

à distance en présentiel

***COCHER OBLIGATOIREMENT LA CASE DU/DES MODULE(S) CHOISI(S)**

PARTIE A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Ets Public Entreprise Privée Association Organisme tiers (préciser) :

Raison Sociale :

Adresse :

Code Postal : [][][][][][]

Ville :

Tél : [][][][][][][][][][]

Fax : [][][][][][][][][][]

E-mail :

SIRET (**obligatoire**) : [][][][][][][][][][][][][][][][][]

Identification TVA (VAT) (**obligatoire**) : [][][][][][][][][][][][][][][][][]

Responsable signataire de la convention de formation :

Nom et prénom : Fonction.....

Adresse (si différente de l'entreprise/Organisme financeur)

Tél : [][][][][][][][][][]

E-mail

Fait à

**Signature et cachet obligatoire de l'employeur ou
organisme financeur**

Le [][][] [][][] [][][]

PARTIE A REMPLIR PAR LE STAGIAIRE

Les informations ici recueillies sont enregistrées par notre service, uniquement dans le cadre de la contractualisation d'une candidature à une action de formation. Elles sont destinées uniquement aux personnes habilitées, et sont conservées pour la durée nécessaire.

Madame

Monsieur

Nom usuel : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : |__|_|_| à : _____ Département (France uniquement) : |__|_|

Nationalité : Française autre, préciser _____

Adresse personnelle : _____

Tél : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portable : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : _____


Formation initiale (indiquer le dernier diplôme obtenu, hors D.U.) : _____

Situation actuelle : Demandeur d'emploi Salarié (préciser) : _____

Tél. prof : |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail prof : _____

ENGAGEMENT DE PARTICIPATION A L'ACTION DE FORMATION

 Conformément à la réglementation de la Formation Continue de Sorbonne Université, la présence du stagiaire aux cours est OBLIGATOIRE. Ce dernier devra impérativement, pour chaque demi-journée, signer les feuilles d'émargement qui justifieront de sa présence en formation. **Si, par suite de force majeure dûment reconnue**, le stagiaire est empêché de suivre la formation, seules les prestations effectivement dispensées seront dues au prorata temporis. **Le montant correspondant aux absences ne relevant pas d'un cas de force majeure demeurera intégralement exigible.**

Fait à

Le |__|_|_|20__

Signature du stagiaire

(avec la mention Lu et Approuvé) :

Le dossier - ni agrafé - ni imprimé en recto-verso

doit être retourné uniquement par voie postale, à l'adresse :

**Faculté de Médecine de Sorbonne Université
Site "Saint-Antoine"
3ème étage, porte 315
27 rue Chaligny 75571 Paris cedex 12**

ATTENTION ! CE DOSSIER NE VAUT PAS INSCRIPTION !

Pré-inscription en ligne obligatoire sur la plateforme « *E-candidat* »

<https://ecandidat.sorbonne-universite.fr>

Puis sur le site de la Faculté de Médecine

<https://medecine.sorbonne-universite.fr/inscriptions/inscriptions-3eme-cycle-de-medecine/inscription-diu-cesam/>

ORGANISATION DU PARCOURS DE FORMATION

L'organisation du parcours de formation, le nombre de stagiaires pour lequel il est organisé, les conditions générales dans lesquelles la formation est dispensée, les modalités d'évaluation des connaissances ou des compétences, sont indiqués dans la fiche descriptive de la formation consultable sur le site www.fc.sorbonne-universite.fr

CONDITIONS GENERALES DE VENTE ET REGLEMENT INTERIEUR

Le stagiaire déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et du règlement intérieur qui sont consultables sur le site www.fc.sorbonne-universite.fr

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978-art. 34 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire, elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du service des inscriptions. Notre politique complète de confidentialité et de protection des données personnelles est accessible sur le site www.fc.sorbonne-universite.fr

Adresse postale et accueil du public

Formation Continue :

Formation Continue de Sorbonne Université
Pôle Santé - Tour 14-24
Boite courrier 1520
4, Place Jussieu
75252 PARIS Cedex 5
N° déclaration d'activité : 11755709875
SIRET : 13002338500011

Coordonnées :

Gestion des conventions F.C:

Marie BAKHTIARI
☎ : 01 44 27 82 45
Fax : 01 44 27 82 95
Email : fcmedecine@sorbonne-universite.fr

Facturation:

☎ : 01 44 27 82 42/43
Fax : 01 44 27 82 95
Email : kianoush.colin@sorbonne-universite.fr