

D401

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

NOM :

Prénom :

Financeur N° :

Stagiaire N° :

Convention N°



**DOSSIER DE PRISE EN CHARGE
2020 – 2021**

**DU/DIU « MÉDECIN COORDONNATEUR D'EHPAD EN ENSEIGNEMENT
À DISTANCE »**

2.200 €(droits d'enseignement) +

243 € OUI NON* (droits universitaires)

***COCHER OBLIGATOIREMENT LA CASE QUI CONVIENT**

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 |_|_|_|20__

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) :

REPLIR AU FORMAT ELECTRONIQUE UNIQUEMENT ET RENVOYER PAR MAIL, À

fcmedecine@sorbonne-universite.fr

Page 1 - Partie employeur - Montants des droits pris en charge.

Page 2 - Partie stagiaire

Page 3 - Partie facturation

Copie de l'autorisation pédagogique

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-du-et-diu/>

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

Coordonnées des gestionnaires formation:

☎ : 01 44 27 82 45 (47 ou 49)

Fax : 01 44 27 82 95

Email : fcmedecine@sorbonne-universite.fr

Facturation / Convention de formation :

☎ : 01 44 27 82 42

Fax : 01 44 27 82 95

Email : kianoush.colin@sorbonne-universite.fr

Accueil du public :

Sorbonne Université
Tour 14/24 - 4ème étage
Formation Continue - Bureau 407
4 Place Jussieu
75005 PARIS

N° déclaration d'activité : 11755709875

SIRET : 130 023 385 00011