

NOM :

Prénom :

Financeur N° :

Stagiaire N° :

Convention N°



## DOSSIER DE PRISE EN CHARGE 2020 – 2021

### DU/DIU « SOINS INFIRMIERS EN NEURO-ONCOLOGIE »

1000 €(droits d'enseignement)

+

170 € 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](mailto: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](http://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](http://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](http://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](mailto: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](mailto: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