

## Fiche inscription

### 21ème Université d'été francophone en santé publique - 30 juin au 05 juillet 2024

**Date limite d'inscription : 30 avril 2024** dans la limite des places disponibles

*Cette fiche d'inscription doit obligatoirement être complétée à l'ordinateur et retournée **par mail accompagnée d'une lettre de motivation** (destinée à connaître votre profil et vos attentes vis-à-vis du module prioritairement choisi) à :*

**Lara DESTAING**  
Coordnatrice de l'Université d'été francophone en santé publique  
[lara.destaing@univ-fcomte.fr](mailto:lara.destaing@univ-fcomte.fr)  
03 81 66 55 75

*Cette fiche inscription est préalable à l'édition du contrat de formation et de la facture du coût pédagogique par le Service Formation Continue et Alternance*

#### 1. Modules souhaités

*A classer par ordre de préférence, en sachant qu'un seul module sera retenu*

Choix 1 : .....

Choix 2 : .....

Choix 3 : .....

#### 2. Coordonnées du stagiaire

M.  Mme Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Né(e) le : .....

Situation professionnelle actuelle\* : .....

*(\*exemple : salarié du privé, salarié du public, fonctionnaire, travailleur libéral ou indépendant, dirigeant d'entreprise, demandeur d'emploi inscrit à pôle emploi, sans activité professionnelle non inscrit à pôle emploi, étudiant etc.)*

Formation initiale :

Parcours professionnel :

### 3. Le financement

---

Financé personnellement par le stagiaire

Financé par l'employeur :

Raison sociale : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : .....

SIRET : ..... Code APE : ..... IDCC : .....

Nombre de salariés :

Type d'employeur :     Privé     Public

Si public, préciser le code service pour traitement de la facture dans Chorus portail pro : .....

Le cas échéant, préciser le n° de bon de commande : ..... et le n° d'engagement : .....

Si privé, indiquer l'OPCO de rattachement : .....

**N.B. : En cas de financements accordés par l'OPCO, SeFoC'AI n'accepte pas la subrogation de paiement.**

Adresse complète de facturation de l'employeur :

*Correspondant chargé du suivi du dossier dans l'entreprise*

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....

Mail : ..... Téléphone : .....

*Signataire de la convention*

Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : .....

Mail : ..... Téléphone : .....

Financé par Pôle Emploi (*joindre l'accord d'aide individuelle à la formation à la fiche d'inscription complétée*)

N° d'identifiant Pôle Emploi : .....

Adresse complète de votre agence Pôle Emploi de rattachement :

Adresse mail de votre conseiller Pôle Emploi :

Co-financement (précisez) :

