Institut du Travail Social TOURS

17 rue Groison
BP 77554
37075 Tours cedex 2

Fiche individuelle d'inscription

Assistant de Soins en Gérontologie

Choix du lieu de formation

❑ TOURS ❑ CHARTRES

Vos coordonnées

❑ Madame ❑ Monsieur

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de naissance : .....

Date et lieu de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....Portable : .....

Mail (obligatoire) : .....

Numéro de Sécurité Sociale : ⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊

Un aménagement est nécessaire pour ma participation à la formation : its@its-tours.com

Votre niveau de formation actuel

Diplôme(s) / titre(s) obtenu(s) Précisez celui en lien avec le diplôme préparé par l'apprenti(e)	Niveau (de I à V)	Année d'obtention

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative de votre inscription
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :
ITS - M. Quillet Eddy - Correspondant Informatique et Libertés - 17 rue Groison - BP 77554 - 37075 Tours cedex 2.
Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Votre situation professionnelle

Emploi occupé : .....

Depuis le : .....Durée totale à ce jour : .....

Type de contrat :

- CDI : ❑ Temps complet ❑ Temps partiel
- CDD : ❑ Temps complet ❑ Temps partiel

  Date de fin de contrat :
- Autre (précisez) :

Raison sociale de l'employeur (Nom de l'établissement) : .....

Adresse du lieu de travail : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Mail (obligatoire) : .....

Financement envisagé

❑ Plan de formation de l'établissement
❑ Congé Individuel de Formation
❑ Organisme Paritaire Collecteur Agréé (exemples : UNIFAF, UNIFORMATION, etc.)
❑ Autofinancement
❑ Autre financement (précisez) : .....

Je soussigné(e), ... certifie l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus.

Fait à ..... le.....(dater et signer)

Pour l'établissement employeur..... Le stagiaire

(NOM, fonction, cachet)

Joindre les pièces suivantes :

❑ La copie de votre attestation de Sécurité Sociale
❑ La copie recto-verso de votre carte d'identité
❑ Une copie des diplômes
❑ 1 photo d'identité récente

Fiche individuelle d'inscription à retourner à :

☐ Institut du Travail Social Tours – Pôle formation continue - 17 rue Groison - BP 77554 - 37075 TOURS Cedex 2
Contact : Magali JOURDAIN – magali.jourdain@its-tours.com – 02 47 62 33 41

ou

☐ Institut du Travail Social - Antenne de Chartres – 21 rue Loigny la Bataille – 28000 CHARTRES
Contact : Marion DUPERRET - antenne.chartres@its-tours.com – 02 37 35 42 39