

Fiche d'inscription à la certification Exercer une mission de Réfèrent de parcours santé-social

Informations complétées par l'ITS

Date :

Positionnement effectué : Oui Non

Candidature recevable : Oui Non

Informations personnelles

Madame Monsieur

NOM :

Prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance : Lieu de naissance :

Adresse personnelle :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail (obligatoire) :

Numéro de Sécurité Sociale :

Votre niveau de formation actuel

Diplôme(s) / titre(s) obtenu(s) ou niveau d'étude	Niveau (de 3 à 8)	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, Délégué à la Protection des Données - 17 rue Groison - BP 77554 - 37075 Tours CEDEX 2
(dpo@its-tours.com)



Votre situation professionnelle

Emploi occupé :

Depuis le : Durée totale à ce jour :

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

Adresse du lieu de travail :

Code postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Mail (obligatoire) :

J'atteste avoir une expérience professionnelle d'accompagnement en partenariat et justifier de compétences dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.

NB : La preuve argumentée sera à apporter sur le dossier de pratiques professionnelles et sera complétée lors de la soutenance orale.

Financement envisagé

Plan de développement des compétences de l'établissement

Compte Personnel de Formation (CPF)

OPérateur de COmpétences (OPCO)

Autofinancement

Autre financement (précisez) :

En cas d'aménagement nécessaire pour les épreuves de certification, vous pouvez contacter les référents handicap : referent.handicap@its-tours.com

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

À le (dater et signer)

Pour l'établissement employeur
(NOM, fonction, cachet)

Le stagiaire