

FICHE A FAIRE REMPLIR SI VOUS ETES SALARIE

Je soussigné(e) _____

Représentant l'Etablissement _____

En qualité de _____

Autorise Mme/Mr _____

Salarié(e) de l'établissement en qualité de _____

_____ à s'inscrire et à suivre dans son

Intégralité (.....nombre d'heures) la formation :

Et m'engage à assurer le financement de cette formation :

Financement envisagé :

Employeur – Plan de développement des compétences

CPF de transition

OPCO (Précisez) : _____

Fait à _____

Le _____

Signature et cachet de l'établissement

AUTORISATION

DE

L'EMPLOYEUR