

**AUTORISATION**

**DE**

**L'EMPLOYEUR**

**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