

Formation choisie : ASSISTANT DENTAIRE AIDE DENTAIRE Pré-inscription demandée par : l'employeur, signature :**RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR**

Toutes les rubriques suivantes doivent être renseignées :

Raison sociale/Nom/Prénom	
Adresse	
CP/Ville	
N° tel	
E-mail	
N° SIRET:	Effectif de l'entreprise :
- Nom/Prénom du tuteur : _____ - Date de naissance du tuteur : _____	
- E-mail du tuteur : _____ - Emploi occupé du tuteur : _____	

RENSEIGNEMENTS SALARIÉ EN FORMATION

Nom administratif	
Nom d'épouse et nom d'usage	
Prénoms	

– joindre obligatoirement la photocopie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité

N° sécurité sociale	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	
CP/Ville	
N° téléphone (mobile et fixe)	
N° téléphone de la personne de confiance	
E-mail	
Diplômes obtenus (niveau 3 minimum)	

– joindre obligatoirement la photocopie du justificatif du niveau scolaire et/ou diplôme

CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION Imprimé cerfa n° 12 434* 03 Pour former dans le cadre d'une nouvelle embauche un jeune jusqu' à 25 ans inclus ou un demandeur d'emploi de 26 ans et plus	Date de début de contrat : <input type="text"/>
	Type de contrat : <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD
	Profil : <input type="radio"/> ≤ 25 ans <input type="radio"/> Demandeur d'emploi ≥ 26 ans N°IDE Pôle Emploi obligatoire: _____ Date d'inscription au Pôle Emploi: _____
	Durée hebdomadaire de travail (incluant les 7 heures de formation) <input type="radio"/> Temps complet (35 heures) <input type="radio"/> Temps partiel : _____ (à partir de 25 heures jusqu'à 34 heures)
Pour établir votre calendrier, merci de préciser le jour de cours et lieu de cours.	Jour de cours choisi : _____ Lieu de cours choisi : _____
Prise en charge des frais pédagogiques	<input type="radio"/> OPCO EP/subrogation <input type="radio"/> Autre OPCO/sans subrogation <input type="radio"/> Employeur
Commande les multi-supports pédagogiques (350€) (à la charge de l'employeur)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Document à nous retourner par courrier électronique ou postal :
Centre national de gestion Administrative CNQAOS – Immeuble A4-D
98 Boulevard Victor Hugo, 92110 Clichy
Courriel : souscription@cnqaos.org

Besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?
01.78.91.01.40
standard@cnqaos.org

Les informations demandées dans cette fiche de renseignement, sauf avis contraire de votre part, feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé aux services de la CNQAOS. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.