

Émis-le : 21/10/2020 Par : **KRAUCHE Wissal.** Validé le : 21/10/2020 Par : **Frédéric CHAFFAIX**

INTITULE DE LA FORMATION : UTILISATION DES TROD VHC, TROD VHB et des TROD VIH 1 et 2 et Treponema pallidum (syphilis)

DATES DE LA SESSION DE FORMATION SOUHAITEE:

9h à 17h30 Lundi 14 octobre 2024
9h à 17h Mardi 15 Octobre 2024
9h à 17h30 Mercredi 16 Octobre 2024
9h à 16h Février 2025 (date à convenir)

-ETAT CIVIL-

NOM : _____ PRENOM : _____ AGE : _____

ADRESSE PERSONNELLE : _____

N° TELEPHONE : _____ COURRIEL : _____

-FORMATION GENERALE-

NIVEAU SCOLAIRE :

- NIVEAU VI (4^{ème}, 3^{ème}, CPA) NIVEAU V bis (1^{ère} année CAP, 1^{ère} année BEP)
 NIVEAU V NON VALIDE NIVEAU V VALIDE (CAP, BEP)
 AUTRE LEQUEL ? _____

DIPLOME (S) OBTENU(S) : _____

-STATUT PROFESSIONNEL-

- STAGIAIRE FORMATION PROF. TRAVAILLEUR HANDICAPE
 SALARIE EN FORMATION SALARIE EN RECONVERSION
 DEMANDEUR D'EMPLOI

En cas de questions concernant un handicap, vous pouvez nous joindre au 03.69.14.60.38

-ACTIVITE PROFESSIONNELLE-

EMPLOI ACTUEL OU DERNIER EMPLOI : _____

DU _____ AU _____

METIER EXERCE : _____

VOS PROJETS APRES LA FORMATION : _____

NOM DE LA STRUCTURE PROFESSIONNELLE: _____

ADRESSE DE LA STRUCTURE PROFESSIONNELLE : _____

N° TELEPHONE : _____ COURRIEL : _____

Émis-le : 21/10/2020

Par : **KRAUCHE Wissal.**

Validé le : 21/10/2020

Par : **Frédéric CHAFFAIX**

-COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE LA FORMATION-

- POLE EMPLOI
- UN CENTRE DE FORMATION
- MON EMPLOYEUR
- LA PRESSE
- UNE RECHERCHE PERSONNELLE
- AUTRES (précisez) : _____

-FINANCEMENT-

- CONTRAT PRO
- PERIODE DE PROFESSIONNALISATION
- POLE EMPLOI
- FONGECIF
- PERSONNEL
- AUTRES (précisez) : _____

-QUELLES SONT VOS MOTIVATIONS ET VOS ATTENTES POUR CETTE FORMATION-

- A la lecture du programme qui vous a été remis, quels points aimeriez-vous plus de développement (dans la limite de la durée prévue dans le programme) -

Je reconnais savoir lire, écrire, parler et comprendre le français.

En cochant cette case, vous confirmez votre lecture des informations ci-dessous et vous donnez votre consentement à l'utilisation par SOS HEPATITES ALSACE-LORRAINE de ces données personnelles.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à **SOS HEPATITES ALSACE-LORRAINE**, ces données sont nécessaires à l'exécution du contrat nous liant pour votre formation ou utilisées à des fins statistiques. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, applicable le 25 mai 2018) vous disposez d'un droit d'accès et de rectification, d'un droit d'effacement, d'un droit à la portabilité des données qui vous concernent. Nous nous engageons à traiter de manière loyale, licite et transparente vos données personnelles, celle-ci sont pertinentes, adéquates et limités à ce qui est nécessaire, seule notre société est destinataire des informations que vous lui communiquez, nous ne réalisons aucun traitement automatisé, ni aucun profilage sur vos données personnelles. Vous pouvez faire valoir vos droits en vous adressant par écrit et en joignant une copie de votre pièce d'identité à : **SOS HEPATITES ALSACE-LORRAINE** - 21 Rue de la 1^{ère} Armée - 67000 STRASBOURG - Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de la structure
professionnelle :

FICHE D'INSCRIPTION À NOUS RETOURNER SIGNÉE PAR COURRIER POSTAL OU MAIL À
Secretariat.soshal@gmail.com