

INSCRIPTION AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

L'employeur,

Nom / Raison sociale

.....

Tél

Adresse

Code postal Ville

S'engage à régler les frais de formation pour :

FORMATION INITIALE AUX PSYCHOTHÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

1ÈRE ANNÉE 2ÈME ANNÉE 3ÈME ANNÉE

Nom

Prénom

Profession

Tél :

Adresse personnelle

Code postal Ville

Adresse professionnelle

Code postal Ville

Tél professionnel :

Employé(e) en qualité de :

SOIT UN MONTANT TOTAL DE COÛT DE FORMATION DE 1900€ TTC /ANNÉE

Date :

Cachet et signature de l'employeur :

**booz
stez
votre
expertise**