FICHE DE RENSEIGNEMENT

CYCLE CONSEILLER EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

À retourner par mail à info@afometra.org pour valider votre inscription

Pour plus d'information: Alice POIRET - 01.53.95.38.47.

Depuis le 3 juillet 2014, le Centre National des Certifications Professionnelles demande les informations ci-dessous pour assurer le suivi des carrières des stagiaires.

INFORMATION PERSONNELLE

TITRE : ☐ MADAME ☐ MONSIEUR FONCTION ACTUELLE : .....

NOM: ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

EMAIL PROFESSIONNEL : .....

EMAIL PERSONNEL : .....

TEL. : ..... TEL. PERSONNEL : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

.....

PRE REQUIS

NIVEAU D'ETUDE : .....

DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU ET DOMAINE D'ENSEIGNEMENT: .....

NOMBRE D'ANNEES D'EXPERIENCE EN SANTE AU TRAVAIL *(y compris les mandats CHSCT)* : .....

ACTIVITE EFFECTUEE EN SANTE AU TRAVAIL : .....

INFORMATION PROFESSIONNELLE : SERVICE OU ENTREPRISE

NOM DU SERVICE ACTUEL /ENTREPRISE ACTUELLE : .....

SECTEUR D'ACTIVITE : .....

DATE D'ENTREE DANS LE SERVICE/ENTREPRISE : .....

SALAIRE BRUT MENSUEL/ANNUEL (POUR SUIVI RNCP) : .....

STATUT: ☐ CDI ☐ CDD ☐ INTERIMAIRE ☐ INDEPENDANT ☐ DEMANDEUR D'EMPLOI ☐ CADRE ☐ NON CADRE

NOM DU CONTACT FORMATION : .....

EMAIL : .....

TEL. : ..... FAX : .....

ADRESSE DE FACTURATION : .....

.....

DOCUMENTS À NOUS REMETTRE IMPÉRATIVEMENT AVEC CETTE FICHE

☐ Copie de vos derniers diplômes ☐ Curriculum vitae

☐ Document justifiant de votre ancienneté dans le service