

BULLETIN D'INSCRIPTION 2022

1

Faire d'abord transiter par votre syndicat professionnel



À remplir totalement et lisiblement.

2

URI CFDT Grand Est
Secteur formation
6 rue de Mon Désert
54000 Nancy
formation-syndicale@grandest.cfdt.fr

SESSION CHOISIE

Nom de la session : _____

Date(s) de la session : _____

Lieu de la formation : _____

Je sollicite un hébergement NON OUI

POUR RAPPEL :

_ moins de 100 km ou 1h15 de trajet : l'hébergement n'est pas pris en charge par la CFDT

_ plus de 100 km ou 1h15 de trajet : l'hébergement est organisé et payé par la CFDT

STAGIAIRE

Homme

Femme

N° NPA* : _____

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. perso : _____ Tél. prof : _____ poste : _____

Portable : _____ Date de naissance : _____

Courriel : _____ @ _____

Mandats syndicaux : _____

En signant ce formulaire, je soussigné(e)

- prend l'engagement de participer à la totalité de la formation et j'atteste avoir fait une demande de CFESSES pour les formations CSE ou CHS CT/SSCT.
- j'accepte que mes coordonnées (*nom, prénom, ville, mail et téléphone*) soient transmises aux participants de la formation afin de faciliter le co-voiturage.

Date :

Signature du (de la) stagiaire :



MODALITÉS FINANCIÈRES

Formations CHSCT/SSCT : prise en charge employeur pour les CHS CT /SSCT et assimilés. 3 jours si - 300 salariés, 5 jours au-delà

Formations Économiques CSE : prise en charge CSE pour les titulaires et référent harcèlement selon la loi, suppléants si convention.

Autres sessions : éventuellement prise en charge employeur ou CSE selon Convention Collective, accord d'entreprise et formation suivie. **Voir tarifs dans le catalogue de formations syndicales**

Pour les sessions concernés, la prise en charge financière se fera par :

	Employeur (*)	CSE(*)	(*) Indiquez ci-dessous le mail et l'adresse de facturation si différente de l'adresse de l'entreprise renseignée en 1 ^{ère} page :
Frais pédagogiques		
Déplacements		
Repas		

Sur quel congé se fait cette formation ? (cochez la case)

<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale CHSCT/SSCT
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale titulaire CSE/Référent harcèlement
<input type="checkbox"/>	Congé de formation syndicale CFESSES
<input type="checkbox"/>	autre



Pour le remboursement des frais, remettre **OBLIGATOIREMENT** un IBAN lors de la formation

EMPLOYEUR DU (DE LA) STAGIAIRE

Stagiaire salarié du privé

Stagiaire agent de la Fonction Publique

Nom de l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

Code postal : Ville : Mail :

Téléphone du standard : Nombre de salariés :

LE SYNDICAT DU STAGIAIRE

Cette partie est à remplir par le Syndicat du stagiaire

(sauf pour les formations des Conseillers Prud'homaux, des Défenseurs Syndicaux et des Conseillers du salarié qui peuvent s'inscrire directement)

Matricule du syndicat :

Syndicat :

Date :

NOM du Secrétaire ou du Responsable Formation Syndicale :

.....

Cachet du syndicat et signature 



Le Syndicat s'engage à n'inscrire que des adhérents CFDT.
 Tout bulletin d'inscription **INCOMPLET ET NON VALIDÉ** par le nom et la signature du Secrétaire ou du Responsable Formation Syndicale du Syndicat ainsi que le cachet du Syndicat **SERA RETOURNÉ !**