Joindre impérativement l'autorisation temporaire d'exercice au bloc opératoire fournie par la DREETS (ex DRJSCS)

POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

FORMATION COMPLEMENTAIRE DE L'EXERCICE DES ACTES PROFESSIONNELS du 1b de l'article R.4311-11-1 du code de la santé publique POUR LES IDE AU BLOC OPERATOIRE

✓ STAGIAIRE :

NOM USUEL (en caractère d'imprimerie) : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse personnelle : _____

_____

Téléphone personnel : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Adresse mail : _____

Profession : _____

✓ EMPLOYEUR : (obligatoire)

Nom (en caractère d'imprimerie) : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone professionnel : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| (à remplir impérativement)

Correspondant de formation continue de l'établissement : _____

Adresse mail: _____ **Téléphone :** _____

✓ SESSION AU CHOIX :

☐ **1ère session : 28 – 29 – 30 JUIN 2021** ☐ **2ème session : 25 – 26 – 27 OCTOBRE 2021**

✓ COUT DE LA FORMATION : 850€ par stagiaire

☐ **Financement par employeur** ☐ **à titre individuel**

Date :

Nom et signature du responsable de la structure : Signature du stagiaire :

Le Pôle de Formation des Professionnels de Santé se réserve le droit d'annuler la session si le nombre d'inscrits n'est pas suffisant 3 semaines avant le début de celle-ci.