DOSSIER DE CANDIDATURE

A RENVOYER AU SFCA

Service de la Formation Continue et de l'Alternance
Université de Perpignan Via Domitia

52 avenue Paul Alduy – Bât. Z
66860 PERPIGNAN Cedex – France

☎ 04.30.19.81.41
mail : sfc@univ-perp.fr
http://www.univ-perp.fr/sfc

FORMATION

Approfondissement des Fondamentaux de la Profession d'Esthétique

Cochez la session qui vous concerne :

☐ **21-25 septembre 2020**	☐ **19-23 OCTOBRE 2020**	☐ **18-22 janvier 2021**
☐	☐	☐

Date de dépôt du dossier |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

ETAT CIVIL ET COORDONNEES DU STAGIAIRE

Nom		☐ Homme ☐ Femme	
Nom de jeune fille		**Prénoms**	
Email :	.....@	Téléphone :	
Adresse*		CP	Ville
Date de naissance	|__|__| |__|__| |__|__|__|__|	Nationalité	
		Lieu de naissance	
Situation de famille		Nombre d'enfants à charge	

(*) Adresse à laquelle sera facturée la formation et expédié l'ensemble des documents

Comment avez-vous connu nos formations ?	☐ Presse ☐ Internet ☐ Pôle emploi ☐ Autre

SITUATION ACTUELLE

Demandeur d'emploi	Numéro d'inscription à Pôle Emploi	|___|___|___|___|___|___|___| |___|				
	Agence Pôle Emploi	..... SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|				
	Conseiller professionnel :					☐ Pôle Emploi ☐ APEC
	Allocations perçues	☐ ARE	☐ ASS	☐ RSA	☐ Autre	☐ Aucune

Salarié(e) ou Gérant(e) d'institut	Nom de l'entreprise :					
	Num. SIRET	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|				
	Adresse :		CP		Ville	
	Statut du stagiaire dans l'entreprise	☐ Gérant(e)				
		☐ Salarié(e) Poste occupé :				
		☐ à temps complet ☐ à temps partiel	☐ CDD Date de fin : |__|__| |__|__|__|__|	☐ CDI	☐ Autre	

Êtes-vous reconnu Travailleur Handicapé (RQTH) ?	☐ oui	☐ non

ATTENTION SEULS SERONT PRIS EN COMPTE LES DOSSIERS COMPLETS	
Pièce à fournir :	Attestation de responsabilité civile

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies dans ce dossier.

Signature ***Date***

PLAN DE FINANCEMENT DE LA FORMATION

FINANCEMENT DE LA FORMATION

PRISE EN CHARGE	☐ Aucune : paiement par le/la stagiaire sans prise en charge		
	☐ Avec prise en charge directe au stagiaire : Remboursement de l'OPCO sur présentation d'une facture acquittée		
	☐ Avec prise en charge et facturation directe à	☐ POLE EMPLOI ☐ l'ENTREPRISE ☐ l'OPCO ou autre organisme	
	☐ Prise en charge en cours d'instruction : **un mois avant le début de la formation**		
DATE de la prise en charge :	|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Période de validité du:	|__|__|__|__|__|__|__|__|	Au	|__|__|__|__|__|__|__|__|
Subrogation (règlement direct par l'OPCO au SFCA)	☐ Oui ☐ Non	Taux horaire HT	
Nombre d'heures prises en charge par l'organisme	..... Heures	Reste à la charge de l'entreprise:	..... Euros
MONTANT pris en charge :	.....Euros	Reste à la charge du stagiaire	..... Euros

FINANCEMENT ENTREPRISE

ENTREPRISE: RAISON SOCIALE					
N° SIRET	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|			APE/ NAF	|__|__|__|__| |__|
Adresse de facturation		CP		Ville	
Personne à contacter dans l'entreprise					
Email :	..... @	Téléphone :			

FINANCEMENT OPCO OU AUTRE ORGANISME

Nom de l'OPCA ou autre organisme					
N° SIRET	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|				
Email :	..... @	Téléphone :			
Adresse*		CP		Ville	

ATTENTION

La candidate réalisera dans les délais imposés par l'organisme financeur les démarches administratives nécessaires à la prise en charge de toute ou partie du montant de la formation.

Dans le cas où les délais ne seraient pas respectés la formation ne sera pas remboursée. L'organisme formateur encaissera les chèques de la candidate de façon irrévocable.

Le paiement se fera en une fois, par chèque ou virement bancaire.

Important de noter les, informations suivantes sur le libellé du virement pour une meilleur identification : « SFCA - µNom et Prénom de la ou du stagiaire et le nom de la formation »