**ACCORD POUR LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION**

**DIPLÔME D’ÉTAT INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE**

**UFR médecine – 2023-2025**

Document à retourner avec le dossier de candidature

**Employeur**……………………………………………………………………………………..……………………………………….…..…………………………………………..…………………………………………..…………………………………………..………………………………………….

Représenté par………………………………………..……………………………………..…………………………………………………………

……………………….…..…………………………………………..…………………………………………..……………………………………………

SIRET N° (obligatoire) ……………………………………………………………………..…………………………………………………………

*Cas particulier, a*ssociation n’ayant pas de N°SIRET : code département + n° de déclaration en préfecture.

Adresse………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………

Code postal……………………………………………………………. Ville……………………………………………………..…………………..

Téléphone……………………………………………………………… Fax……………………………………………………………………………

Courriel……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………

**Autorise**

M. Mme. ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….

Fonction………………………………………………………………………………………..………………………..………………………………..

Adresse………………………………………………………………………………..………………………………………………………….………..

Téléphone…………………………………………………………………………………..……………………………..……………………………..

Courriel…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………

**À suivre, à l’université de Reims Champagne-Ardenne – UFR de médecine, la formation : DIPLÔME d’ÉTAT EN PRATIQUE AVANCÉE à temps plein de début septembre à fin juin.**

**Coût de formation par année universitaire : 4 200€ frais de scolarité et droits annexes inclus**

Montant pris en charge par l’employeur :………………………………..€

Montant pris en charge par l’OPCO :………………………………………..€

Montant pris en charge par l’étudiant :……………………………………€

Demande de convention entre l’université et l’employeur OUI NON

Fait à…………………………………………le………………………………

Nom et qualité du signataire : ………………………………………………………………………………

Signature et cachet de l’employeur