NOVÉTUDE SANTÉ PRO

CFAAD
Centre de Formation Aides et Assistant(e)s Dentaires

Cadre réservé au centre

Fiche reçue le : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

RDV signature : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Lieu de formation : ☐ Les Herbiers ☐ Nantes

Date début formation : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

PHOTO

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Aide dentaire

STAGIAIRE

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse _____

Code Postal : |__|__| |__|__|__| Ville : _____

Téléphones : Fixe : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Portable : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Email

_____@_____@_____

Date et lieu de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à

N° de Sécurité Sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|

Diplôme le plus élevé obtenu : _____ Dernière classe fréquentée : _____

EMPLOYEUR

Raison sociale : _____

Adresse :

Code Postal : |__|__| |__|__|__| Ville :

Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| Email :

Effectif salarié : _____ N° Siret : |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__| |__|__|__|__|__|

Code NAF :|__|__|__|__|__|

Tuteur :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Emploi occupé :

☐ Omnipraticien ☐ Spécialiste ODF

LIEU DE FORMATION

☐ **Les Herbiers** : ☐ Mardi ☐ Jeudi

☐ **Nantes** : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi

MAJ 21/12/2020

CONTRAT

Type de contrat : ☐ CDI : date d'embauche le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ CDD du |__|__| |__|__| |__|__|__|__| au |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

☐ Contrat de professionnalisation à partir du |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

- **Pour les plus de 26 ans : Identifiant Demandeur Emploi |__|__|__|__|__|__|__|__|**

Date d'inscription à Pôle Emploi : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

- **Salaire mensuel brut à l'embauche : |__|__|__|__|,|__|__| €**

Durée hebdomadaire de travail : |__|__| heures

Horaires de travail : Jour de Formation : de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00

Lundi : de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__| et de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__|

Mardi : de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__| et de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__|

Mercredi : de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__| et de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__|

Jeudi : de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__| et de |__|__| h|__|__| à |__|__| **h|__|__|**

Vendredi : de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__| et de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__|

Samedi : de |__|__| h|__|__| à |__|__| h|__|__| et de |__|__| h|__|__| à |__|__|

Merci de bien veiller à remplir chaque ligne, tous les éléments demandés sont indispensables à l'établissement du dossier

Pièces à joindre :

☐ Curriculum-Vitae
☐ 1 photo d'identité (à coller sur ce document)
☐ Photocopie de la carte d'identité recto/verso ou du passeport
☐ **Pour les contrats en CDI : copie du contrat de travail**

Comment avez-vous eu connaissance de la formation ?

Rappel :

- **Le centre de formation prépare le dossier formation : convention, calendrier, contrat ou demande de prise en charge, puis se déplace au cabinet pour signature.**
- **En cas de contrat de professionnalisation : le contrat de professionnalisation peut commencer 2 mois au plus tôt avant le début de la formation.**

Fait à

Le |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Signature du stagiaire :

Signature et cachet de l'employeur :

F&S

CPNEFP
Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle des cabinets dentaires libéraux

A retourner à :
CFAAD
ZAC Quatuor Pôle Teliance Bâtiment A
2 rue de l'Oiselière
85500 LES HERBIERS
Tél. : 02 51 66 01 61
Mail : secretariat@edgo-prothesiste.fr

CFAAD
Centre de Formation Aides et Assistant(e)s Dentaires

MAJ 21/12/2020