ANNEXE 1

Attestation de participation

à une action de formation professionnelle conventionnelle comportant un module d'évaluation de l'impact de la formation

A retourner par l'organisme de formation dans le mois qui suit l'action dûment complétée, à :
UNIFORMATION - 43, Bd Diderot - BP 80057 - 75560 Paris Cedex 12
A réception de l'attestation, Uniformation la vise et l'adresse au centre de santé dont relève le professionnel formé. Le centre de santé l'adresse à sa CPAM en vue du versement de l'indemnisation pour perte de ressources.

Partie réservée à l'organisme de formation

L'ORGANISME DE FORMATION -
Nom : …….. Cachet :
Adresse : ……
……..

L'ACTION DE FORMATION -
N° d'agrément conventionnel : CDS /08 / _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ /
Intitulé : ……
Date effective de la réalisation de l'action : **du ...../...../ 08 au ...../...../ 08 OU**
du ...../...../ 08 au ...../...../ 08 et du ...../...../ 08 au ...../...../ 08
Correspondant à .....jours de formation
Lieu de l'action : …….
Nombre de participants : ……..

LE PROFESSIONNEL PARTICIPANT -
Prénom : …… Nom : ……
Adresse : ……..Tel :…….
Centre de santé d'appartenance : ……..……..
CPAM de rattachement du centre de santé : ……..……...

N° ADELI de professionnel de santé : /...../...../...../...../...../...../...../...../...../ /...../

N° FINESS de centre de santé : /...../...../...../...../...../...../...../...../...../ /...../

Je soussigné(e), ……en ma qualité D'ANIMATEUR / de RESPONSABLE DE L'ORGANISME DE FORMATION, certifie exacts les renseignements figurant ci-dessus et atteste de la participation effective de ……. à l'intégralité de l'action de formation comportant un module d'évaluation à distance de l'impact de la formation, ouvrant droit à indemnisation pour perte de ressources.

Fait à …… Le ...../...../..... Signature du responsable :

Fait à …… Le ...../...../..... Signature de l'animateur :

Partie réservée au professionnel ayant participé à l'action de formation -

Je soussigné(e),.....en ma qualité de [profession] …… :
- certifie exacts les renseignements visés ci-dessus,
- déclare avoir suivi la formation mentionnée ci-dessus du ...../...../ 08 au ...../...../ 08
ou du ...../...../ 08 au ...../...../ 08 et du...../...../08 au ...../...../08 dans son intégralité,
- M'ENGAGE A SUIVRE LE MODULE D'EVALUATION A DISTANCE DE L'IMPACT DE LA FORMATION en répondant au questionnaire qui me sera adressé dans un délai de 3 à 6 mois après la formation.

Fait à …… Le ...../...../..... Signature du professionnel formé :

Partie réservée au centre de santé dont relève le professionnel formé -

Je soussigné(e),.....en ma qualité de responsable du centre de santé :
……..…. :
- certifie exacts les renseignements visés ci-dessus,
- déclare que …… n'a pas exercé d'activité professionnelle durant les heures effectives de la formation susvisée,

Fait à …… Le ...../...../.....
Signature du responsable du centre de santé :

☐ CENTRE DE SANTE OPTANT
☐ CENTRE DE SANTE NON OPTANT

Partie réservée à UNIFORMATION.	**Visa d'UNIFORMATION.**