

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DU COUT D'UNE FORMATION
 SANITAIRE OU SOCIALE DE NIVEAU III A DESTINATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI**

| Renseignements demandés | | | | | COLONNE RESERVÉE A L'ADMINISTRATION |
|---|---|--|--|---|--|
| NOM | | | | | |
| PRENOM | | | | | |
| DATE DE NAISSANCE |/...../..... | | | | |
| N° SECURITE SOCIALE | | | | | |
| ADRESSE | | | | | |
| TELEPHONE |/...../...../...../..... | | | | |
| ADRESSE EMAIL | | | | | |
| Dans quel institut de formation êtes-vous inscrit ? (précisez la ville) | | | | | |
| FORMATION | AIDE-SOIGNANT <input type="checkbox"/> | AUXILIAIRE DE PUERICULTURE <input type="checkbox"/> | AMBULANCIER <input type="checkbox"/> | AES <input type="checkbox"/> | |
| Cochez la formation souhaitée | | | | | |
| Quel parcours allez-vous effectuer ? | COMPLET <input type="checkbox"/> | | PARTIEL <input type="checkbox"/> | | |
| Etes-vous redoublant ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Etes-vous inscrit à Pôle Emploi ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Si oui, à quelle date |/...../..... | | | | |
| Avez-vous démissionné d'un emploi dans les 4 mois avant l'entrée en formation ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Si oui : | d'un CDD <input type="checkbox"/> | d'un CDI <input type="checkbox"/> | Temps complet <input type="checkbox"/> | Temps partiel <input type="checkbox"/> | |
| Quels sont les diplômes ou qualifications obtenus ? A quelles dates ? Plusieurs réponses possibles | | | | | |
| Etes-vous en emploi ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Si oui : | En CDD <input type="checkbox"/> | En CDI <input type="checkbox"/> | Temps complet <input type="checkbox"/> | Temps partiel <input type="checkbox"/> | |
| Etes-vous en congé parental ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Etes-vous fonctionnaire ? | OUI <input type="checkbox"/> | | NON <input type="checkbox"/> | | |
| Si oui : | stagiaire ou titulaire en activité <input type="checkbox"/> | stagiaire ou titulaire en disponibilité <input type="checkbox"/> | en congé sans traitement <input type="checkbox"/> | démissionnaire <input type="checkbox"/> | |
| Je déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements portés sur le présent formulaire et sur les documents que j'adresserai en pièces justificatives. Je m'engage à informer mon institut de formation et la Région de tout changement intervenant dans ma situation, dans un délai maximum d'un mois suivant le changement. | Date et signature : | | | | |
| | | | | | Tournez la page S.V.P |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Pièces justificatives à transmettre au plus tard la veille de l'entrée en formation au conseil régional BFC en priorité par mail ou par voie postale | <i>formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr</i> ou CONSEIL REGIONAL BOURGOGNE FRANCHE COMTE <i>Direction information métiers- formations sanitaires et sociales- apprentissage</i> 4 Square Castan - CS 51857 25000 BESANCON | | |
| Copie carte d'identité recto verso | | | |
| Attestation d'inscription à Pôle Emploi datant de moins de 2 mois | | | |
| Copie du dernier diplôme obtenu ou qualification obtenue | | | |
| Ce formulaire dûment complété et signé | | | |

Vos données personnelles (nom; prénom, date de naissance, adresse, téléphone) sont traitées par la Région Bourgogne Franche Comté pour l'instruction des dossiers de financement du coût des formations de niveau III à destination des demandeurs d'emploi.

Ces données seront conservées pour une durée de 3 ans.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la protection des Données) vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

Ces droits peuvent être exercés par courrier à l'adresse suivante : Région Bourgogne-Franche-Comté /

Direction information métiers- formations sanitaires et sociales- apprentissage -

4 Square Castan CS 51857

25031 BESANCON CEDEX ou formationsanitairesociale@bourgognefranchecomte.fr

Sanctions en cas de fausses déclarations :

Quiconque aura fourni sciemment des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente déclaration en vue d'obtenir un paiement ou avantage quelconque indu, sera puni d'un emprisonnement de quatre ans et d'une peine d'amende de 9 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement (Loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 - article 22 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs).