

Date de la demande :

**DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION  
CONTRAT PRO-A**

Formation choisie : ASSISTANT DENTAIRE

Pré-inscription demandée par : l'employeur      Signature :

Toutes les rubriques suivantes doivent être renseignées :

**RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR**

|  |  |
|--|--|
| Raison sociale/Nom/Prénom  |  |
| Adresse  |  |
| CP/Ville   |  |
| N° tel   |  |
| E-mail   |  |
| N° SIRET   |  |
| Effectif de l'entreprise   |  |
| - Nom/Prénom du tuteur : _____      - Date de naissance du tuteur : _____<br>- E-mail du tuteur : _____      - Emploi Occupé du tuteur : _____ |  |

**RENSEIGNEMENTS SALARIÉ EN FORMATION – joindre obligatoirement la photocopie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité**

|  |  |
|--|--|
| Nom administratif                        |  |
| Nom d'épouse et nom d'usage              |  |
| Prénom                                   |  |
| N° sécurité sociale                      |  |
| Date de naissance                        |  |
| Lieu de naissance                        |  |
| Adresse                                  |  |
| CP/Ville                                 |  |
| N° téléphone (mobile et fixe)            |  |
| N° téléphone de la personne de confiance |  |
| E-mail                                   |  |
| Diplômes obtenus (niveau 3 minimum)      |  |

**EMPLOI OCCUPÉ DU SALARIÉ**

|   |   |  |
|---|---|--|
| Nature du contrat de travail initial  | <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> AUTRE: _____                      |  |
| Date de début du contrat de travail initial<br>(au minimum de 6 mois à 12 mois de l'ancienneté dans le cabinet) | _____   |  |
| Emploi occupé dans le cadre du contrat de travail initial (intitulé précis) :                                   | Classification de l'emploi dans la convention collective :  |  |
| _____   | Niveau : _____ Coefficient hiérarchique : _____   |  |
| Emploi visé par la reconversion ou promotion par alternance (intitulé précis) :                                 | CODE IDCC : _____   |  |
| _____   | Classification de l'emploi dans la convention collective :  |  |
|   | Niveau : _____ Coefficient hiérarchique : _____   |  |
| Date de début de la reconversion ou promotion par alternance :  | Date de fin de la reconversion ou promotion par alternance :  |  |
| _____   | _____   |  |
| Durée hebdomadaire de travail (incluant les 7 heures de formation) et salaire mensuel (brut)                    | Salaire mensuel (brut) : _____      Durée hebdomadaire : _____<br>(à partir de 25 heures jusqu'à 35 heures) |  |
| Pour établir votre calendrier, merci de préciser le jour de cours et lieu de cours.                             | Jour de cours choisi : _____      Lieu de cours choisi : _____  |  |
| Prise en charge des frais pédagogiques  | Employeur      Autre : _____  |  |
| Commande les multi-supports pédagogiques (350€)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |  |

Les informations demandées dans cette fiche de renseignement, sauf avis contraire de votre part, feront l'objet d'un traitement informatisé exclusivement réservé aux services de la CNQAOS. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, dite « informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.