



LA PERIODE DE PROFESSIONNALISATION

Accord de formation du salarié hors temps de travail

Document modèle

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél : _____

Date de naissance : / / Sexe _____

Fonction : _____

Classification : _____

Désire suivre l'action de professionnalisation :

Intitulée : _____

Du : / / 20 au : / / 20 Durant : heures _____

Nom de l'organisme de formation : _____

Donne mon accord pour effectuer tout ou partie de cette formation hors de mon temps de travail sur une durée de : heures . _____

Atteste avoir défini, avec mon entreprise, ses engagements, si je suis avec assiduité la formation et satisfais aux évaluations prévues.

Fait à : _____ Le : / / 20 _____

Signature du salarié

Signature et cachet de l'entreprise

