

FORMATION CHSCT
01 AU 04 OCTOBRE 2024

NOM :

PRENOM :

ADRESSE (postale le cas échéant) :

.....

CODE POSTAL : **VILLE** :

ADRESSE MAIL :

TELEPHONE (dont portable le cas échéant) :

SYNDICAT :

ENTREPRISE :

Fonctions syndicales du stagiaire inscrit :

Délégué syndical

Comité d'entreprise

Délégué du personnel

CHSCT

Je déclare m'inscrire à la formation « » et je prends l'engagement que cette inscription implique ma responsabilité et celle de mon Syndicat.

Droit à l'image :

J'autorise Je n'autorise pas l'USOENC à me photographier, me filmer, m'interviewer dans le cadre de la formation, pour toute communication interne ou externe (Le Banian, Le site internet, les réseaux sociaux et autres).

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à wendy.bealau@usoenc.nc

Date :

Signature :

Fiche à retourner par mail à secretariat@usoenc.nc 15 jours avant la date de la session de formation choisie dans le programme.