



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**

UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II

FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Intitulé du DIU/DU/CEU
ou de la CAPACITE

A compléter par L'ETUDIANT

NOM DE NAISSANCE : NOM MARITAL :

Prénoms :
.....

Né(e) le : à : Nationalité :
.....

Adresse :
.....
.....

Tél :
courriel :@

A compléter impérativement par L'EMPLOYEUR OU ORGANISME PRENANT EN CHARGE LA FORMATION

NOM de l'entreprise ou de
l'organisme :

ADRESSE :
.....

Tél :
courriel :@

Nom du directeur de l'entreprise ou de l'organisme :

A compléter impérativement par L'ENTREPRISE OU L'ORGANISME

Je soussigné(e)

M.....

Directeur de l'entreprise ou de l'organisme, m'engage à prendre en charge les frais de formation

de M.....

dans le cadre du DU/DIU/CEU et CAPACITES

.....
dont le montant s'élève à : €

Fait à Marseille, le

(Cachet obligatoire de l'organisme)

Signature du directeur de l'entreprise ou de l'organisme :

Attention : N'insérer aucun chèque dans le dossier d'inscription du candidat.

A réception de cet engagement, une convention de formation continue vous sera adressée pour signature. Le montant engagé devra être directement réglé à l'Agent Comptable de l'Université, après réception de la facture.