**FICHE INDIVIDUELLE DE DEMANDE D'INSCRIPTION**

Date de la demande :

Libellé de la formation demandée : **AFGSU 2**

Date(s) de la session :

**BENEFICIAIRE :** □🚺 □🚹

**NOM USUEL (\*) : NOM DE NAISSANCE (\*) : Prénom (\*) :**

**Date de naissance (\*) : Ville de naissance (Pays) (\*) :**

Tél mobile : Tél fixe :

**Mail du participant (\*) (1) :**

Adresse :

CP : Ville :

**Profession (Qualification) :** Fonction si différente :

**□ En activité □ Sans emploi**

Service médical d’affectation (si structure de soins) :

N° ADELI : **N° RPPS :**

**SI L’INSCRIPTION CONCERNE UNE REACTUALISATION DE L’AFGSU :**

**N° AFGSU initiale : Date :**

**Date(s) de(s) recyclage(s) intermédiaire(s) :**

**TYPE DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE** :

**□ Autofinancement**

**Session de formation au choix (cochez la case selon votre choix)**:

**□ Du 30/03/2023 au 31/03/2023 de 08:30:00 à 16:30:00**

**□ Du 05/06/2023 au 06/06/2023 de 08:30:00 à 16:30:00**

**Droits d’inscription (cochez la case selon votre situation)**:

**□ 690 Euros pour les praticiens**

**□ 590 Euros pour les assistant(e)s**

Etablir un chèque à l’ordre de **l’agent comptable de l’Université de Montpellier** et l’envoyer à l’adresse suivante :

**Faculté d’Odontologie**

**Service Scolarité**

**545 Av. du Professeur Jean Louis Viala**

**34090 Montpellier**