**CERTIFICAT CONSEILLER QVCT**

**QUALITE DE VIE ET CONDITIONS DE TRAVAIL**

Dossier d’inscription2023



 9 jours (63 heures)

 **LE(A) PARTICIPANT(E)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :** **Nom de jeune fille :** **PRENOM :** **Date de naissance :** **Adresse postale :** * **Si vous exercez une activité professionnelle :**

**ENTREPRISE :   SECTEUR :** **FONCTION/SERVICE :** * **Si vous êtes actuellement sans emploi :**

**Etes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ?** **si oui indiquez les coordonnées :** | **Tél. portable :** **Email :**  |

**PARCOURS DE FORMATION**

 Merci de compléter le tableau suivant en commençant par les formations les plus récentes.

Formations initiales et continues diplômantes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Années | Etablissementfréquenté | Intitulé exactdu diplôme | Niveau de Diplôme  | Diplôme obtenuOui Non |
|  |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |  |

**Formations complémentaires**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Années | Nature de la formation et niveau | Durée | Organisme |
|   |   |   |   |

**PROJET PROFESSIONNEL MOTIVATIONS**

Missions ou postes en lien avec la prévention des risques psychosociaux  et la qualité de vie au travail

Précisez votre projet professionnel et vos attentes spécifiques par rapport à cette formation (envisagez-vous en particulier d’exercer en tant que conseiller en prévention des RPS en interne)

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

 Quelle prise en charge financière envisagez-vous (totale ou partielle) ? Cocher la case correspondante

|  |  |
| --- | --- |
|  | Financement entreprise |
|  | Financement individuel  |
|  | Financement Pôle Emploi |
|  | Autre financement (précisez) |

 Responsable du suivi de votre inscription :

 NOM, PRENOM :

 SERVICE :

 ADRESSE :

 EMAIL :

 TEL DIRECT :

A quelle adresse devra être libellée la convention de formation ? (Dénomination de l’entreprise + nom du représentant légal, le cas échéant) :

Adresse de facturation (si différente) :

 **MERCI DE RETOURNER VOTRE DOSSIER D’INSCRIPTION :**

Par mail à : contact@placedelamediation.com

Ou par courrier :

PLACE DE LA MEDIATION

A l’attention de Marie José GAVA

Tour Nova (4e étage)

71 boulevard National

92 250 La Garenne-Colombes

Pour de plus amples renseignements, merci de nous contacter au 01 47 80 83 70 ou par mail contact@placedelamediation.com

Comment avez-vous connu cette formation ?

☐ Par relations
☐ En effectuant une recherche sur Internet, précisez :
☐ Par les réseaux sociaux (LinkedIn, Facebook, Twitter etc.)

☐ Par votre service des Ressources Humaines/formation
☐ Par un mailing/newsletter
☐ Par la presse, précisez :

☐ Autre (précisez) :