



Demande de remboursement des frais de formation continue CCNT

Requérant

☐ Participant(e) au cours ☐ Employeur

Données personnelles de l'employé(e)

Nom / Prénom: _____

Rue: _____

NPA / Localité: _____

Téléphone: _____ E-Mail: _____

Date de naissance _____

Modules de formation continue suivis

désignation du cours	école	date
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Activité professionnelle du salarié

Profession apprise: _____

Fonction actuelles: _____

Employeur: _____

Adresse de l'employeur: _____

Employé depuis le: _____

Coordonnées bancaires

Nom et lieu de la banque: _____

Titulaire du compte: _____

IBAN: _____

Annexes

- ☐ Diplômes / attestations / certificats / certificats de travail, etc.
- ☐ Copies des factures
- ☐ Preuve du paiement des contributions

Confirmation / Signature

Le/la salarié(e) soussigné(e) atteste qu'il/elle verse ou a versé les contributions aux frais d'exécution et à la formation continue de CHF 20.– par mois. La présente demande peut être transmise par courrier postal ou par e-mail.

Lieu, date: _____ Signature: _____

Le/la soussigné(e), représentant(e) de l'employeur, confirme que la présente demande a été dûment complétée conformément aux dispositions du règlement des prestations et que les contributions aux frais d'exécution et à la formation continue sont régulièrement décomptées avec la CPNM.

Lieu, date: _____ Timbre / Signature: _____