

Veuillez attendre notre accord de prise en charge
vous indiquant votre numéro de dossier avant de
nous adresser ce document

N° dossier FIF PL :

(à compléter par le stagiaire)

ATTESTATION DE PRÉSENCE ET DE RÈGLEMENT D'UNE FORMATION OUVERTE ET /OU A DISTANCE (FOAD) *(document à compléter par l'organisme de formation)*

ATTESTATION DE PRÉSENCE

Je soussigné **LARGY Jean-François** Fonction **PRESIDENT**
(nom du responsable de l'organisme de formation + fonction exacte)

de l'organisme de formation **UNAFOC**
(dénomination de l'organisme de formation)

déclaré en tant qu'organisme formateur sous le n° / **1 / 1 / 7 / 5 / 4 / 3 / 3 / 7 / 9 / 7 / 5 /**
(11 chiffres)

certifie par la présente que le stagiaire :

Nom et prénom du stagiaire **Dr TOUITOU Cécile**

> A bien suivi la totalité de la formation à distance intitulée :

(indiquer l'intitulé exact de la formation)

Formation à la radioprotection des patients

du **14** / **06** / **2018** au **14** / **06** / **2018**
(indiquer la date à laquelle le stagiaire a débuté sa formation à distance et la date à laquelle il l'a terminée)

Soit un nombre total d'heures de connexions de : **5h00**

> A bien validé chaque étape de la formation, soit **2** étapes validées
(indiquer le nombre d'étapes intermédiaires validées)

> A effectué l'ensemble des travaux demandés *(en plus des heures de connexions)* soit un total de **9h00** heures de travail

> A validé l'évaluation finale le **14/06/2018** *(indiquer la date de l'évaluation finale)*

ATTESTATION DE RÈGLEMENT

J'atteste également que le stagiaire stipulé ci-dessus a bien réglé la totalité de sa participation à la formation précitée, soit un montant total de **355.00** € HT et **355.00** € TTC correspondant uniquement au coût pédagogique de la formation.

Fait à **PARIS**, le **14/06/2018**

Cachet obligatoire de l'organisme de formation

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS
DE FORMATION ODONTOLOGIQUE CONTINUE
UNAFOC
54 rue Ampère
75849 PARIS CEDEX 17

*Nom, prénom et signature
du responsable de l'organisme de formation*

L'organisme de formation atteste que la durée en jours de la formation stipulée sur ce présent document (et pour laquelle une demande de prise en charge est constituée auprès du FIF PL) correspond à une durée en jours non facturée à l'ANDPC.



Ce document est disponible sur le site www.fifpl.fr

