

INSCRIPTION à la formation CERTIFICAT INDIVIDUEL OPERATEUR – Primo Certificat

Article L 6353-3 à L6353-7 du code du travail)

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 93.04.00867.04 auprès du Préfet de Région Provence – Alpes – Côte d'Azur
Numéro SIRET de l'organisme de formation : 450 777 289 00031

Nom d'usage : _____			Nom de naissance : _____			Prénom : _____		
Intitulé précis de l'activité professionnelle : _____								
Adresse personnelle : _____								
Code postal : _____			Commune : _____					
Téléphone : _____			Portable : _____					
Fax : _____			mail : _____					
Né (e) le : _____			à _____			Département (ou pays) _____		

Si l'inscription est pour un salarié, merci de compléter en plus cette partie :

Nom de l'EMPLOYEUR : _____								
Adresse Postale (pour réception de la convocation à la formation) : _____								

Code postal : _____			Commune : _____					
Téléphone : _____			Portable : _____					
Fax : _____			mail : _____					
N° SIRET : _____								

<u>Nombre d'années d'expérience avec des produits phytopharmaceutiques</u> :								
<u>Zone d'activité avec des produits phytopharmaceutiques</u> :								
chez des particuliers								
chez des agriculteurs								
pour des collectivités : square, cimetière, terrain de sport, autre...								
<u>Prenez vous des décisions sur le choix du produit, la dose, le moment du positionnement</u> :								
OUI			NON					
<u>Niveau de formation</u> :								
Fin de scolarité obligatoire			BAC +2					
BEP ou 1 ^{er} cycle secondaire (BPA BEPA BEP CAPA CAP)			BAC +3 et 4					
BAC			BAC +5 et plus					
Autres formations suivies :								
Diplôme obtenu <u>au cours des 5 dernières années</u>					Oui		Non	
Intitulé du diplôme :								

Fait à

le :

Signature :