

INSCRIPTION à la formation CERTIFICAT INDIVIDUEL « VENTE, Mise en VENTE de produits phytopharmaceutiques » - 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'ENTREPRISE / EMPLOYEUR : _____								
Adresse Postale (pour réception de la convocation à la formation) : _____								

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

Nombre d'années d'expérience en tant que vendeur de produits phytopharmaceutiques :											
Produits professionnels :			OUI / NON			Produits Grand Public :			OUI / NON		
Niveau de formation :											
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 :											
Cultures rencontrées lors de l'activité :											
Vigne			Maraîchage								
Arboriculture			Autres								
Grandes cultures											

Fait à

le :

Signature :