uniformation
VOTRE PARTENAIRE EMPLOI ET FORMATION
ÉCONOMIE SOCIALE + HABITAT SOCIAL + PROTECTION SOCIALE

LISTE DES PARTICIPANTS – ACTION COLLECTIVE

INTITULE DE LA FORMATION : Entretien professionnel et entretien d'évaluation
DATE DE DEBUT : 3 JUIN DATE DE FIN : 4 JUIN
NOMBRE D'HEURES : 14 heures

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE	N° ICOM	NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE	N° SECURITE SOCIALE DU STAGIAIRE (10 premiers chiffres)	FONCTION DU STAGIAIRE	STATUT DU STAGIAIRE (employé, technicien, agent de maîtrise, cadre, etc …)	CONTRAT DU STAGIAIRE (CDI, CDD*, CAE, Contrat Avenir, …) *NB : si CDD, indiquer date de fin de contrat*	NIVEAU DE FORMATION (codes V à I)