



INTITULÉ DE LA FORMATION :

| | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | TECHNICIEN (NE) SON SPECIALISE STEINBERG | <input type="checkbox"/> | TECHNICIEN (NE) AUDIOVISUEL | <input type="checkbox"/> | RETOUR VERS L'EMPLOI |
| <input type="checkbox"/> | STREAMING-LIVE VISIOCONFERENCE | <input type="checkbox"/> | D.J. PRODUCTEUR | <input type="checkbox"/> | PRESENTATEUR RADIO /TV |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | FORMATIONS SUR MESURE |

CHOIX PREFERENCE DES DATES :

| | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Premier Trimestre janvier à mars | <input type="checkbox"/> | Deuxième Trimestre d'avril à juin | <input type="checkbox"/> | Troisième Trimestre juillet à septembre | <input type="checkbox"/> | Quatrième Trimestre d'octobre à décembre |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|

Nom et Prénom : _____

Adresse actuel : CP : _____ Ville : _____

Tél : _____ Email : _____

Date et lieu de naissance : _____

LES DOCUMENTS : Pour valider votre candidature un fois accepté, il vous sera demandé de joindre les documents suivants :

- Une **photo d'identité**
- Un **C.V**
- Une **lettre de motivation**

Nous avons la possibilité de recevoir des personnes en situation de handicap

A REMPLIR SI VOUS ÊTES CONCERNE PAR L'UNE DES SITUATIONS SUIVANTES:

- Une maladie chronique Un problème en matière de santé mentale Un handicap moteur
- Un handicap sensoriel (vue, ouïe...) Un trouble envahissant du développement (TOC, TED)
- Un trouble de l'apprentissage (dyslexie, trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention)
- Un autre problème de santé de longue durée Reconnu-e par la MDPH , RQTH ou autre

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique destiné au service formation de NSP RECORD FORMATION et sont utilisées aux seules fins de « gestion des formations ». La durée de conservation de ces données est de 3 ans. Conformément au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des informations qui vous concernent en vous adressant à nsprecord@gmail.com Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Date : _____ Signature obligatoire : _____

POSSIBILITE DE FINANCEMENT

