

 <p>CENTRE GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL CGD13</p>	<p>DOSSIER INSCRIPTION « Assistant(e) de Soins en Gériatrie » Session N°1 2025</p>	 <p>Hôpitaux de Provence Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône</p>
CENTRE GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL	CENTRE DE FORMATION	

PIÈCES À FOURNIR

- La fiche d'identification complétée
- Une photo d'identité récente à coller dans le cadre correspondant
- Une copie de votre pièce d'identité
- Une copie de votre Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant et/ou d'Aide Médico-Psychologique et/ou d'Accompagnant éducatif et social et/ou d'Auxiliaire de Vie Sociale
- Attestation de travail auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et/ou troubles-neurodégénératifs (facultatif)
- Lettre d'engagement si financement personnel
OU
- Attestation de l'employeur si prise en charge par l'employeur
OU
- Attestation de prise en charge par un autre organisme (hors CPF)

DOSSIER À FAIRE PARVENIR PAR MAIL À : centreformation@cgd13.fr

OU

PAR VOIE POSTALE À L'ADRESSE SUIVANTE :

**Centre de Formation du Centre Gérontologique Départemental
 176, Avenue de Montolivet
 BP 50058
 13375 Marseille Cedex 12**

AVANT LE VENDREDI 17 JANVIER 2025

Formation accessible dans la limite des places disponibles



DOSSIER INSCRIPTION
« Assistant(e) de Soins en Gériatrie »
Session N°1 2025



CENTRE GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL

CENTRE DE FORMATION

FICHE D'IDENTIFICATION

PHOTO À
COLLER

Nom :
 Nom d'épouse :Prénom :
 Date de naissance :à
 Nationalité :
 Adresse complète :

 Tél. : Fixe :Portable :.....
 Adresse mail :

Êtes-vous en situation de handicap ? oui non

Prise en charge financière

Personnelle oui non
 Employeur oui non

Autre (CPF non pris en charge)

.....
 Nom et adresse de la personne, de l'employeur ou de l'organisme financeur :

Je soussigné(e).....atteste sur
 l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur ce document et que les copies des
 pièces jointes sont conformes à l'original.

Fait à, le.....

Signature :



 <p>CENTRE GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL CGD13</p>	<p>DOSSIER INSCRIPTION « Assistant(e) de Soins en Gériologie » Session N°1 2025</p>	 <p>Hôpitaux de Provence Groupe Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône</p>
CENTRE GÉRONTOLOGIQUE DÉPARTEMENTAL	CENTRE DE FORMATION	

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR

FORMATION : « Assistant(e) de Soins en Gériologie »

Partie à compléter par l'employeur :

Je soussigné(e) :

Nom/Prénom :

Fonction :

Etablissement :

.....

Etablissement public Etablissement autre

Certifie que l'établissement prend en charge les frais d'inscription et le coût de la formation « Assistant(e) de Soins en Gériologie » d'un montant de :

- **2000 € (si établissement public) ;**
- **2400 € (si établissement autre) ;**

par personne pour l'agent suivant :

.....

Périodicité de paiement :

- En un seul paiement en fin de formation, après réception facture

Fait à, le

Cachet

Signature et nom du responsable :