



Fiche de demande du “coup de pouce” PSSM

Informations administratives

NOM Prénom :

Mail :

Adresse d'exercice :

Numéro RPPS :

Informations sur votre inscription à la formation PSSM

Nom du centre de formation :

Dates :

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur
que le DPC n'a pas été sollicité pour le financement de la formation PSSM effectuée du
..... au

Fait à

Le

Signature

A joindre à votre demande :

- Attestation de présence et de règlement

A renvoyer **par mail** à l'URPS Orthophonistes Auvergne-Rhône Alpes
contact@urps-orthophonistes-aura.fr