



ACCORD DE L'EMPLOYEUR POUR LA FORMATION BACHELOR HES-SO SOINS INFIRMIERS EN EMPLOI

La direction de l'institution ou de l'organisation socio-sanitaire :

Nom de l'institution :

.....

Adresse :

.....
.....

Personne de contact :

Téléphone : Courriel :

Fonction :

après avoir pris connaissance des conditions et modalités de la formation en emploi à HESAV en vue de l'obtention d'un Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers

soutient et autorise Madame / Monsieur :

.....

porteur actuel du titre de :

.....

engagé-e au taux contractuel de : %

à s'inscrire à la formation débutant en septembre

Pour la direction :

Nom et prénom :

Lieu et Date :

Timbre et signature :