

TRANSITIONS PRO AUVERGNE RHONE-ALPES AUTORISATION D'ABSENCE ET ATTESTATION DE DECHARGE DE SALAIRE

Je soussigné(e), M(me)....., employeur,
demeurant.....
.....

Adresse MAIL **obligatoire** :

autorise à s'absenter M(me).....

salarié(e) chez nous depuis le.....en qualité
de.....

et demande que son salaire soit versé directement par le TRANSITIONS PRO Auvergne Rhône-Alpes pendant toute la durée de sa formation.

Formation intitulée :
Conformément au dossier de demande de financement complété.

Qui se déroulera du.....au.....

Jours travaillés de mon salarié :

Date et Signature de l'employeur :

Lundi Mardi Mercredi

Jeudi Vendredi

Samedi Dimanche

Date et Signature du salarié :
(joindre obligatoirement un RIB)