**Accord du salarié pour suivre une formation sur sa période d’inactivité**

Je soussigné(e), (nom et prénom du salarié).....................................................................................

Né(e) le………………………………………………….. à……………………………………………………………

Salarié au sein de l’entreprise…………………………………………………………………………….

Certifie accepter la proposition de mon entreprise de suivre la formation détaillée ci-dessous sur mes périodes chômées pendant l’activité partielle.

* Intitulé……………………………………………………………………………..
* Durée en heures……………………………………
* Date de début ……………………………………… Date de fin ……………………

Date :

Signature