A LA SANTE

Aide à la réussite étudiante
Mesure 15 : AIDE à la SANTE
destinée aux étudiants boursiers
du secteur sanitaire et social
CDC

DEMANDE D'AIDE

NOM : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ **Ville :** _____

Téléphone : ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋ ⌊ ⌋

e-mail : _____

CULLETTIVITÀ DI CORSICA
COLLECTIVITÉ DE CORSE

Etablissement :
IFSI [ ] **d'AJACCIO** **IFRTS** [ ]
IFSI [ ] **de BASTIA**

Année d'études [ ] **1ère** [ ] **2ème** [ ] **3ème**

Les informations recueillies sont nécessaires à l'instruction de la présente demande d'aide régionale de santé. Elles sont obligatoires pour permettre une attribution de l'aide. Sans ces informations, l'aide ne saurait être allouée. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services de la Collectivité de Corse.

Fait à _____
Le _____

Signature de l'étudiant(e)

⚠ **JOINDRE IMPERATIVEMENT UN R.I.B A VOTRE DEMANDE.**

Merci de bien vouloir :

- **Soit compléter et faire signer ce cadre par votre Mutuelle,**

Cadre réservé à la mutuelle santé

Je soussigné(e) M……..., représentant(e) de la Mutuelle, atteste que M……. a bien souscrit une mutuelle santé ou est «ayant droit» sur la mutuelle parentale pour l'année scolaire 2019/2020 en formule ……, et pour un montant de …… €

Cachet de la Mutuelle

Le dossier de demande d'aide doit être impérativement renseigné par l'étudiant et la mutuelle santé, et remis impérativement :
Secrétariat de l'Institut de **F**ormation
en **S**oins **I**nfirmiers

Fait à : Signature :

Le :

- **Soit transmettre une photocopie de votre carte de Mutuelle.**

DATE de CLOTURE : 30 MARS 2020
CONTACTS : Mr PINELLI Stéphane
C.D.C. : 04.95.51.63.78