

## QUESTIONNAIRE

*A remplir par le demandeur*NOM :  M.  Mme  Mlle .....

Prénom : .....

Adresse complète : .....

Code postal :      Ville : .....

*Ce questionnaire est confidentiel et strictement personnel. Le FAFSEA s'engage à ne pas divulguer à des tiers les renseignements communiqués ci-après.*

**VOTRE SITUATION ACTUELLE** Salarié sous contrat à durée indéterminée (CDI)

Date d'embauche chez votre employeur actuel : ..... / ..... / .....

 Salarié sous contrat à durée déterminée (CDD) ou ayant terminé un CDD

Date de fin de votre dernier CDD : ..... / ..... / .....

**VOTRE DÉMARCHE**

Votre démarche fait-elle suite à :

 une demande de votre employeur des difficultés rencontrées dans votre entreprise ou votre dernier emploi des problèmes d'emploi nécessitant une requalification la nécessité d'acquérir une nouvelle qualification un désir d'évolution  professionnel,  personnel un désir de reconversion

Après avoir coché la case correspondante, détaillez votre (vos) réponse(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**Ce questionnaire, joint à la demande de prise en charge,  
est à retourner à votre délégation régionale du FAFSEA**

Sur quoi portent vos interrogations ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Comment imaginez-vous votre avenir professionnel à moyen terme ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Fait à ....., le .... / .... / .....

Signature du demandeur

