
AUTORISATION D'ABSENCE ET ATTESTATION DE DÉCHARGE DE SALAIRE

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

Adresse MAIL Tel :

autorise à s'absenter M(me).....

salarié(e) dans notre entreprise depuis le en qualité
de.....

et demande que son salaire soit versé directement par le Transitions PRO NORMANDIE pendant toute la durée de sa formation.

Formation intitulée :
Conformément au dossier « Volet prestataire de formation ».

Qui se déroulera du.....au.....

Jours travaillés de mon salarié :

- Lundi Mardi Mercredi
- Jeudi Vendredi
- Samedi Dimanche

Date et Signature de l'employeur :

Date et Signature du salarié :

(joindre obligatoirement un RIB)