

---

## TRANSITIONS PRO NOUVELLE-AQUITAINE 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 Transitions Pro Nouvelle-Aquitaine 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 :**

Lundi  Mardi  Mercredi

Jeudi  Vendredi

Samedi  Dimanche

**Date et Signature de l'employeur :**

**Date et Signature du salarié :**

*(joindre obligatoirement un RIB)*