

Renseignements du participant au certificat d'expertise en contrôle comptable des sociétés d'assurance

Joindre la copie des diplômes et d'une pièce d'identité

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Diplôme :

Niveau :

Expérience

Date	Durée	Nom de l'employeur	Titre	Fonction
du.../.../... au.../.../...
.....
.....
.....
.....

Fonctions actuellement occupées

.....

Motivations qui vous conduisent à suivre ce cycle certifiant

Commentaires de l'employeur (facultatif)

Nom : Prénom :

Fonction :

