OrTra Neuchâtel
SANTÉ-SOCIAL

Dépôt d'un recours CAP-TAE-SEFRI

Candidat-e :

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone / e-mail : _____

N° du dossier SEFRI : _____

Objet du recours :

_____

_____

_____

Motifs invoqués :

_____

_____

_____

_____

_____

Pièces jointes : _____

Date : _____

Signature du/de la candidat-e : _____

Réception par OrTra (date / signature) : _____

Le formulaire de recours doit être transmis à l'adresse suivante :

ortra@ne.ch