

DOSSIER DE CANDIDATURE 2015/2016

DIPLOME UNIVERSITAIRE

Merci de cocher le diplôme pour lequel vous postulez

**Certains diplômes proposent un module DPC – Pour plus d'information, n'hésitez pas à prendre contact avec l'UMFCS*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agés : Psychologie Médicale et Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Nutrition, Agression et Maladies Chroniques |
| <input type="checkbox"/> Bases en Soins Palliatifs | <input type="checkbox"/> Psychotraumatologie |
| <input type="checkbox"/> Bien Utiliser les Antibiotiques en Pratique Clinique | <input type="checkbox"/> Réhabilitation Auditive et Prise en charge Orthophonique |
| <input type="checkbox"/> Conseil et Education Sexuelle | <input type="checkbox"/> Relation d'Aide par la Médiation Animale - RAMA |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie Médicale | <input type="checkbox"/> Santé Précarité |
| <input type="checkbox"/> Handicap Psychique de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte | <input type="checkbox"/> Toxine Botulique et Pathologie du Mouvement  |
| <input type="checkbox"/> Hygiène Hospitalière et Prévention des Infections associées aux soins  | <input type="checkbox"/> Relation Médecins Soignants Patient consciente et inconsciente |
| <input type="checkbox"/> Microchirurgie expérimentale | <input type="checkbox"/> Hypnose |

Cette phase ne présume pas de votre inscription définitive mais permet l'étude de votre candidature

1 - ETAT CIVIL

NOM PATRONYMIQUE : Prénom :

NOM MARITAL :

Date et lieu de Naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

2 – SITUATION

- Etudiant (étudiant en cours de cursus universitaire, interne)
- Personne exerçant une activité professionnelle ➤ Préciser votre profession :
- Nom et adresse de l'entreprise/établissement :
-
-
- Demandeur d'emploi :
- demandeur d'emploi indemnisé demandeur d'emploi non indemnisé autre

3 – FINANCEMENT

- A titre individuel = Financement personnel / Sans conventionnement
- Prise en charge : **(joindre une attestation ou courrier d'accord de prise en charge)**
- employeur
- organisme de financement :

En cas de refus de prise en charge par votre financeur :

- Les frais de formation seront acquittés par moi-même
- Je renoncerai à la formation
- J'envisagerai un report de la formation

Le règlement s'opérera ultérieurement, après envoi du dossier d'inscription par nos services.

Pour les publics de Formation Continue, une convention de formation professionnelle vous sera transmise avec le dossier d'inscription.

4 – PIÈCES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Photocopie du diplôme permettant l'inscription (voir les pré-requis sur plaquette d'information)
- Lettre de motivation à l'attention du Responsable Pédagogique de la formation
- Curriculum Vitae
- Attestation de prise en charge (si financement employeur ou opca)

A retourner à :

**Unité Mixte de Formation Continue en Santé – Faculté de Médecine
28, place Henri Dunant –BP 38 - 63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
E-mail : umfcs.sante@udamail.fr**

Cadre réservé à l'UMFCS

Avis du Responsable Pédagogique

- Favorable
- Défavorable

➤ Préciser :

Attention : Ne pas envoyer de chèque – Une convention de formation vous sera adressée pour signature.

INTITULE DE LA FORMATION

A COMPLETER PAR LE STAGIAIRE

Nom de naissance : Nom marital :

Prénom : Né(e) le : A :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail :@.....

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR (dans le cadre d'une prise en charge directe)

Raison sociale :

Représenté par :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom du contact gestionnaire du dossier :

Tél : Mail :@.....

N° de SIRET :

CONFIRMATION D'UNE PRISE EN CHARGE DIRECTE DES FRAIS DE FORMATION : * (cocher*)

(La facture sera adressée à l'adresse ci-dessus)

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR (dans le cadre d'une subrogation de paiement – Prise en charge OPCA)

OPCA concerné :

Adresse :

Code Postal : Ville :

DEMANDE DE SUBROGATION DE PAIEMENT (facture adressée directement à l'OPCA) :

Validée

En cours (attente de réponse)

Non demandée à ce jour

Date :

Signature du représentant

Cachet de l'organisme