

## 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 À 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