

# DOSSIER DE CANDIDATURE ~~2016/2017~~ 2017/2018

## DIPLOME UNIVERSITAIRE

**Merci de cocher le diplôme pour lequel vous postulez**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agés : Psychologie Médicale et Psychiatrie                            | <input type="checkbox"/> Médecines Préventive et Prédictive  |
| <input type="checkbox"/> Bases en Soins Palliatifs   | <input type="checkbox"/> Microchirurgie Expérimentale  |
| <input type="checkbox"/> Bien Utiliser les Antibiotiques en Pratique Clinique                  | <input type="checkbox"/> Nutrition, Agression et Maladies Chroniques                                 |
| <input type="checkbox"/> Cardiofréquencemétrie   | <input type="checkbox"/> Psychotraumatologie   |
| <input type="checkbox"/> Conseil et Education Sexuelle   | <input type="checkbox"/> Réhabilitation Auditive et Prise en charge Orthophonique                    |
| <input type="checkbox"/> Ergonomie Médicale  | <input type="checkbox"/> Relation d'Aide par la Médiation Animale - RAMA                             |
| <input type="checkbox"/> Expologie – Métrologie professionnelles                               | <input type="checkbox"/> Médecins Soignants Patients consciente et inconsciente Relation             |
| <input type="checkbox"/> E-Santé et Santé Connectée  | <input type="checkbox"/> Santé Précarité   |
| <input type="checkbox"/> Handicap Psychique de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte        | <input type="checkbox"/> Suivi Gynécologique de la femme en bonne santé, contraception et prévention |
| <input type="checkbox"/> Hygiène Hospitalière et Prévention des Infections associées aux soins | <input type="checkbox"/> Toxine Botulique et Pathologie du Mouvement                                 |
| <input type="checkbox"/> Hypnose   |  |



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

***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
- Photocopie de la carte d'identité
- 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](mailto:umfcs.sante@udamail.fr)

*Cadre réservé à l'UMFCS*

**Avis du Responsable Pédagogique**

Favorable

Défavorable

➤ Préciser :

---

**Signature**



**STAGIAIRES DE LA FORMATION CONTINUE**

**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE**

Année Universitaire 2016/2017

**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

**Cachet de l'organisme**

**Date :**

**Signature du représentant**