

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

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