



DOSSIER DE CANDIDATURE 2018/2019

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE

Merci de cocher le diplôme pour lequel vous postulez

<input type="checkbox"/> Accueil des Urgences Pédiatriques	<input type="checkbox"/> Mésothérapie
<input type="checkbox"/> Arthroscopie	<input type="checkbox"/> Microscopie Electronique
<input type="checkbox"/> Chirurgie de l'Epaule et du Coude	<input type="checkbox"/> National de Médecine Fœtale
<input type="checkbox"/> Chirurgie Vaginale	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie Vasculaire
<input type="checkbox"/> Colposcopie et Pathologies génitales liées à H.P.V.	<input type="checkbox"/> Neuro-Oncologie
<input type="checkbox"/> Cytogénétique Médicale	<input type="checkbox"/> Neurophysiologie Clinique
<input type="checkbox"/> Echocardiographie Doppler	<input type="checkbox"/> Nutrition et Activités Physiques
<input type="checkbox"/> Echographie Gynécologie et Obstétricale	<input type="checkbox"/> Paramédical : Pathologie Neurovasculaire
<input type="checkbox"/> Education du Patient	<input type="checkbox"/> Pathologie Fœtale et Placentaire
<input type="checkbox"/> Ethique en Santé	<input type="checkbox"/> Pathologie du Système Nerveux Central
<input type="checkbox"/> Etude de la sexualité humaine	<input type="checkbox"/> Pratiques Addictives
<input type="checkbox"/> Explorations Fonctionnelles Digestives	<input type="checkbox"/> Pratiques Médicales en Santé au Travail
<input type="checkbox"/> Européen Nutrition et Métabolisme	<input type="checkbox"/> Psychiatrie Générale
<input type="checkbox"/> Formation complémentaire en Gynécologie Obstétrique	<input type="checkbox"/> Rythmologie et Stimulation Cardiaque
<input type="checkbox"/> Formation des Professionnels à la Prise en charge de la Douleur	<input type="checkbox"/> Sexologie
<input type="checkbox"/> Imagerie Cardiaque et Vasculaire	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers en rhumatologie
<input type="checkbox"/> Infectiologie et Hygiène Hospitalière	<input type="checkbox"/> Tabacologie et aide au Sevrage
<input type="checkbox"/> Infirmier en Santé au Travail	<input type="checkbox"/> Thérapies Cognitivo-Comportementale
<input type="checkbox"/> Médecine Intensive	<input type="checkbox"/> Troubles des Conduites Alimentaires
<input type="checkbox"/> Médecine de Rééducation	<input type="checkbox"/>

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

Les filières Formation Continue fixent, pour chaque session, les coûts des formations et la participation financière des stagiaires. Il convient donc que chaque stagiaire prévoit, lors de sa candidature, un plan de financement lui permettant d'assumer le paiement des frais de formation (Fongecif, FIFPL, prise en charge par l'Etablissement, Pôle Emploi, participation personnelle, OPCA).

**Le règlement s'opérera ultérieurement, après envoi du dossier d'inscription par nos services.
Pour les publics de Formation Continue, un contrat ou une convention de formation professionnelle sera transmise après réception du dossier d'inscription complété.**

- 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

4 – PIECES 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
- Photocopie de la carte d'identité
- Attestation de prise en charge ci-jointe complétée (si financement opca ou employeur)

A retourner à :

**Unité Mixte de Formation Continue en Santé – UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
28, place Henri Dunant – BP 38 - 63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1
E-mail : umfcs.medpha@uca.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

Raison sociale :

Représenté par :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Nom du contact gestionnaire du dossier :

Tél : Mail :@.....

N° de SIRET :

PIECES A FOURNIR : RIB EXTRAIT KBIS ou RECEPISSE DECLARATION EN PREFECTURE

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