



**DOSSIER DE CANDIDATURE
AU DIPLOME D'UNIVERSITE SOINS
2014-2015**

« Initiation à la Recherche en Soins »



Lieu de la formation :

2 rue Antoine Etex
94000 Créteil
Tel : 01 56 61 68 60
esm@ecolemontsouris.fr
<http://www.ecole-montsouris.fr/>

**DOSSIER DE CANDIDATURE - Année universitaire 2014-2015
A ADRESSER PAR COURRIER *avant le 15 octobre 2014* A :**

ESM – Formation & Recherche en Soins

Madame Papin-Morardet
Coordinatrice du DU Soins « Initiation à la recherche en Soins
2 rue Antoine Etex
94 000 CRETEIL
Tél : 01.56.61.68.60
esm@ecolemontsouris.fr

POUR COMPLETER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

- 2 photocopies des diplômes,
- Attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un organisme (en cas de prise en charge personnelle joindre une attestation sur l'honneur),
- Attestation d'ancienneté attestant de 3 années d'expérience professionnelle,
- 2 photocopies de l'attestation de carte vitale,
- 2 photocopies **recto verso** de la carte d'identité,
- 2 photos d'identité non scannées (format standard),

Les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte.

ETAT CIVIL :

Nom (En majuscules):..... Prénom(s) :

Nom de jeune fille : Nationalité :

Date de naissance : ___ / ___ / ___ à (___)

Situation de famille : Nombre d'enfants : ___

N° de Sécurité Sociale :

ADRESSE :

N°/rue :

Code postal : _____ Ville :

Téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

@mail personnel :

J'accepte que mes coordonnées soient transmises à l'association des anciens et amis de l'ESM.

J'accepte de recevoir des informations concernant les formations et actualités proposées par l'ESM.

EMPLOYEUR :

Fonction exercée actuellement :

Activité libérale : oui non

Activité salariée : oui non

Autre, précisez :

Etablissement/Cabinet :

Adresse :

Code postal : _____ Ville :

Service :

@mail professionnel :

Téléphone (précisez votre n° de poste) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Responsable de la formation continue

Téléphone responsable de la formation continue : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

@mail responsable formation continue:

En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat.

PARCOURS PROFESSIONNEL :

Date	Institutions / Employeurs	Nature des Responsabilités
__/__/__
__/__/__
__/__/__
__/__/__
__/__/__
__/__/__

PUBLICATIONS (S'IL Y A LIEU) :

Années	Nature + Description
__/__/__
__/__/__
__/__/__
__/__/__
__/__/__

Les droits de formation font l'objet d'une convention accompagnée d'une facture.

Date :

Signature