



FACULTÉ  
DE MÉDECINE



DOSSIER DE CANDIDATURE  
PRÉPARATION ORALE  
CONCOURS CADRE DE SANTÉ 2020

**ETAT CIVIL :**

Nom (En majuscules): ..... Prénom(s) : .....  
Nom de jeune fille : ..... Nationalité : .....  
Date de naissance : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ à ..... ( \_\_ \_\_ )  
N° de Sécurité Sociale : .....

**ADRESSE :**

N°/rue : .....  
Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....  
Téléphone : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ Portable : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
@mail personnel : .....

**EMPLOYEUR :**

Fonction exercée actuellement : .....  
Etablissement : .....  
Adresse : .....  
Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....  
Service : .....  
@mail professionnel : .....  
Téléphone (précisez votre n° de poste) : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
Responsable de la formation continue : .....  
Téléphone du responsable formation continue : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
@mail responsable formation continue : .....

Secteur public

Secteur Privé

ESPIC

Lucratif

Libéral

**DIPLÔMES**

Années	Intitulé du Diplôme	Etablissement(s) de formation
----- / -----	.....	.....
----- / -----	.....	.....
----- / -----	.....	.....
----- / -----	.....	.....

## FORMATIONS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Années (-10 ans)	Durée (+ 3 jours)	Organisme de formation	Intitulé de la formation
--- / --- / ---	.....	.....	.....
--- / --- / ---	.....	.....	.....
--- / --- / ---	.....	.....	.....
--- / --- / ---	.....	.....	.....
--- / --- / ---	.....	.....	.....

### PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

- Au titre du plan de formation (financement employeur)  
*Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre employeur*
- Au titre du Congé Individuel de Formation (financement OPCA)  
*Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre OPCA*
- A titre individuel (financement personnel)

Date et signature du candidat :

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

### PIÈCES À JOINDRE POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

- \* 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 : modèle joint),
- \* 1 photo d'identité non scannée (format standard),

**Les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte**



FACULTÉ  
DE MÉDECINE



## ANNEXE : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné (prénom NOM) \_\_\_\_\_

atteste prendre en charge personnellement les frais de formation pour la session 2020 de la préparation orale au concours cadre de santé.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2020

Signature