

## DOSSIER DE CANDIDATURE 2016/2017

### CAPACITE

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> <b>Addictologie Clinique</b>                  | <input type="radio"/> <b>Gérontologie</b>                  |
| <input type="radio"/> <b>Evaluation et Traitement de la Douleur</b> | <input type="radio"/> <b>Médecine et Biologie du Sport</b> |

*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

## 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).*

- A titre individuel
- 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, un contrat ou une convention de formation professionnelle vous sera transmise avec le dossier d'inscription.

## 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 (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  
☎ 04 73 17 82 04 - E-mail : [umfcs.sante@udamail.fr](mailto:umfcs.sante@udamail.fr)

### Cadre réservé à l'UMFCS

### Avis du Responsable Pédagogique

- Favorable
- Défavorable

➤ Préciser :

**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

Date :

Signature du représentant

Cachet de l'organisme