



DOSSIER DE CANDIDATURE 2019/2020

DIPLOME UNIVERSITAIRE / INTER-UNIVERSITAIRE

Merci de cocher le diplôme pour lequel vous postulez

- D.U. Nutrition et Diététique
- D.U. Orthopédie
- D.U. Pharmacie Clinique et Pédiatrique
- D.U. Santé et Environnement
- D.U. Pharmacie Clinique et Personne Agée (non ouvert)
- D.I.U. Phytothérapie

CETTE PHASE NE PRESUME PAS DE VOTRE INSCRIPTION DEFINITIVE MAIS PERMET L'ETUDE 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 :
-
-
- N° RPPS :
- 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 vous sera transmis avec le dossier d'inscription.

- 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

4 – PIÈCES 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
- Attestation / confirmation de prise en charge (employeur ou autre)

A retourner à :

**Unité Mixte de Formation Continue en Santé – UFR de Pharmacie
28, place Henri Dunant –BP 38 - 63001 CLERMONT-FERRAND Cedex 1**

☎ 04 73 17 80 25 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 (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 :

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

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