

Dossier de candidature

Certificat Universitaire

**INITIATION A LA MEDECINE NARRATIVE**

Ce dossier doit nous permettre de répondre plus efficacement à votre demande. Nous vous remercions d'en compléter le plus précisément possible les rubriques et de le retourner par mail

Après étude de ce dossier, nous vous recontacterons.

Année : …………………………………………………………

**Etat civil**

NOM : ………………………………………………………… NOM DE JEUNE FILLE : ………………………………………………….........................

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de naissance : ………………………………………………….. Ville de naissance : …………………………………………………………………

Nationalité : ………………………………………………………………

N° INE : ……………………………………………………………………………… N° sécurité sociale : ……………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Email : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Où avez-vous entendu parler du Certificat en Médecine Narrative ?**

**□** Relation

**□** Internet

**□** Site internet de CY Cergy Paris Université

**□** Presse

**□** Autre (Précisez) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Situation actuelle**

Vous exercez actuellement une activité professionnelle

Secteur : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fonction exercée : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Missions principales : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Vous êtes sans emploi

Êtes-vous inscrit(e) au Pôle Emploi ? 🞏OUI 🞏NON

Si oui, adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Depuis quelle date : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Cursus scolaire et universitaire**

Pourquoi sollicitez-vous cette formation ?

(Exposé des motivations et du projet professionnel – LETTRE DE MOTIVATION)

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diplômes** | **Série** | **Obtenu** | **Niveau** | **Année** | **Établissement** |
|  |   | **□** | **□** |   |   |
|  |   | **□** | **□** |   |   |
|  |   | **□** | **□** |   |   |
|  |   | **□** | **□** |   |   |

**MERCI DE JOINDRE LA COPIE DES DIPLÔMES MENTIONNES CI-DESSUS**

**Financement**

Quelle prise en charge financière envisagez-vous ?

🞏 Financement individuel

🞏 Financement par un tiers : veuillez remplir le « formulaire création entrepris » en annexe

🞏 Autre financement, précisez : …………………………………………………………………………………………………………………

**Expériences professionnelles**

L’objectif de cette rubrique est de faire l’inventaire de vos expériences professionnelles et extra-professionnelles. Commencez par le dernier emploi, puis l'avant dernier, etc....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dates / Durée** | **Poste** | **Nom et adresse de l’entreprise** | **Secteur d’activité et effectif de l’entreprise** |
|      |   |   |   |
|  |  |  |  |

**Liste des pièces à fournir**

* Une photocopie de vos diplômes,
* Votre numéro INE (Identifiant Nationale Etudiant), si vous avez un diplôme après 1995
* Une photo d’identité (format .jpg)
* Une photocopie de votre pièce d’identité (recto/verso)
* Une photocopie de votre carte vitale (recto/verso)
* Une copie de votre certificat de participation à la JDC si vous avez moins de 25 ans

**Merci d’envoyer votre dossier de candidature PAR MAIL**

A l’attention de **Nelly DOUANGBOUPHA**

nelly.douangboupha@cyu.fr

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STAGIAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom du Stagiaire | ................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| Formation suivie | ................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du Gestionnaire CY | ................................................................................................................ |

 |

**ENTREPRISE DU STAGIAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM | ................................................................................................................................................................................................................................ |
|  |  |
| Adresse  | ................................................................................................................................................................................................................................ |
|  |  |
| Nom, prénom et qualité du signataire de la convention | ................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom et mail du contact (pour envoi de la convention) | ................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| N° SIRET  |  |

**ADRESSE DE FACTURATION (si différente)**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM | ................................................................................................................................................................................................................................ |
|  |  |
| Adresse  | ................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| N° SIRET  |  |

**Bon de commande □ non**

**□ oui**

**Si oui, ce bon de commande devra obligatoirement être joint à la convention de formation signée.**

|  |
| --- |
| Tampon de l’entreprise |

***Le :***