

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION DUEP 2016 - 2018

2 photos
d'identité
obligatoires



A retourner à l'adresse suivante :
CARSAT Nord-Picardie - CERFEP
11 Allée Vauban
59662 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS¹

NOM et prénom :

NOM patronymique (de naissance) :

Date de naissance :

Fonction/Mode d'exercice :

N° RPPS ou ADELI :

Profession :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique | <input type="checkbox"/> Manipulateur d'électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> Psychomotricien |
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Animateur socioculturel | <input type="checkbox"/> Opticien-lunetier | <input type="checkbox"/> Technicien de laboratoire médical |
| <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Orthoptiste | |
| <input type="checkbox"/> Assistant social | <input type="checkbox"/> Pédiacre-podologue | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Pharmacien | |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie | <input type="checkbox"/> Patient ou proche impliqué dans l'accompagnement des malades chroniques |
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées | |
| <input type="checkbox"/> Educateur sportif | <input type="checkbox"/> Psychologue | |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant | | |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | | |

Cocher les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

Adresse professionnelle :

Code postal Localité :

Téléphone : Email :

Etablissement :

Service : Responsable de service :

Adresse personnelle :

Code postal Localité :

Téléphone : Email :

¹ Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux démarches administratives de la formation. Les destinataires des données sont l'équipe pédagogique, le secrétariat et le centre de ressources et de documentation du Cerfep. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Cerfep, 11 allée Vauban, 59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.
DUEP_DossierCandidature_2016-2018

2. VOTRE INSCRIPTION A LA FORMATION

Vous vous inscrivez au titre :

- De la formation individuelle

- Du plan de formation continue de votre établissement : Coordonnées du service de formation continue

Téléphone :

Email :

- Du Congé Individuel de Formation (CIF)

Organisme :

Adresse :

Téléphone :

Email :

NB : Le Cerfep est un organisme de DPC habilité à dispenser des programmes de DPC (N° 4655). Si vous êtes professionnel de santé libéral à plus de 50%, une prise en charge financière de cette formation est possible. Rendez-vous sur le site de l'OGDPC (<https://www.mondpc.fr/>) pour vous y inscrire.

3. VOTRE CURSUS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE (ou joindre un CV et passer à la question 5)

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Etablissement	Année d'obtention

4. VOS EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Période	Etablissement/Structure	Service*	Fonction et niveau de responsabilité*

* Au sein d'un même établissement, vous avez pu changer de service ou de département, de statut, de fonction, ...

👉 Nous vous invitons à remplir votre dossier de candidature avec le plus d'attention et de précision possible, étant le support de sélection des candidats. Vous avez la possibilité de rajouter des feuilles, de joindre des annexes à votre dossier, en sélectionnant celles qui vous semblent les plus pertinentes pour appuyer votre candidature. Si besoin, nous pourrions être amenés à vous contacter par téléphone, et/ou à vous recevoir, pour avoir plus de précisions sur votre candidature.

5 VOTRE EXPERIENCE EN LIEN AVEC LA FORMATION

5.1 Avez-vous déjà participé à une formation en ETP ?

- Oui
 Non

5.2 Participez-vous actuellement à un programme en Education du patient ?

- Oui
 Non

5.3 Quel est votre rôle dans ce programme d'ETP ?

- Dispenser l'ETP²
 Coordonner l'ETP³

5.4 Le programme a-t-il obtenu une autorisation de l'ARS⁴ ?

- Oui
 Non

5.5 Si oui en quelle année ?

5.6 A qui (public) est destiné le programme?
.....
.....
.....
.....

5.7 Quels sont les membres de l'équipe, associés, impliqués dans le programme ?
.....
.....
.....
.....

5.8 Quel est le(s) statut(s), la fonction(s) du(des) responsable(s), du coordonnateur ?
.....
.....

² Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Document complémentaire à l'annexe n° 1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Saint-Denis, INPES, Juin 2013

³ Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP. Document complémentaire à l'annexe n° 2 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Saint-Denis, INPES, Juin 2013

⁴ Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. JO du 4 août 2010

5.9 Quelles sont les principales activités menées (entretiens individuels, formations, réunions de patients, types d'activités, ...) ?

.....

.....

.....

.....

5.10 Quels résultats avez-vous pu évaluer jusqu'à présent ?

.....

.....

.....

.....

5.11 Quelles difficultés, freins avez-vous rencontrés dans ce programme ?

.....

.....

.....

.....

.....

5.12 Autres précisions, éléments que vous souhaiteriez apporter sur votre expérience

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6 VOTRE PROJET OU VOS PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES EN LIEN AVEC LA FORMATION

A court ou moyen terme, pensez-vous :

6.1 Impulser un projet en Education du patient ?

- Oui
- Non

6.2 Vous associer à un projet en cours d'élaboration ?

- Oui
- Non

6.3 Si oui, veuillez, en quelques lignes, présenter ce projet ou cet avant-projet

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.4 Quel est ou serait votre rôle dans ce projet, ces perspectives :

- Dispenser l'ETP
- Coordonner l'ETP

6.5 A qui (public) est destiné le programme?

.....

.....

.....

.....

.....

6.6 Quels sont ou seront les membres de l'équipe pédagogique, associés, impliqués dans le programme?

.....

.....

.....

.....

6.7 Quel est ou sera le(s) statut(s), la fonction(s) du(des) responsable(s), du coordonnateur ?

.....
.....
.....
.....

6.8 Quelles sont les principales activités envisagées dans le projet ?

.....
.....
.....
.....

6.9 Quels sont, ou quels seraient, les obstacles ou les difficultés à lever pour mettre en place ce projet ?

.....
.....
.....
.....

6.10 Autres précisions, éléments que vous souhaiteriez apporter sur votre projet, vos perspectives

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7 VOS BESOINS – VOS ATTENTES

8 AUTRES INFORMATIONS

☞ Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit le projet, soit votre établissement et/ou service, soit l'exercice d'autres responsabilités, ...

AUTORISATION D'UTILISER LES PHOTOGRAPHIES FOURNIES

J'autorise le Cerfep à utiliser les photographies fournies dans le présent dossier pour :

- **Stocker** ces images sur le serveur informatique du Cerfep à des fins de gestion administrative.
 Oui Non
- Réaliser un **trombinoscope** sous format papier ou électronique à destination de(s) :
 - l'équipe interne du Cerfep
 Oui Non
 - participants, intervenants et membres des comités pédagogiques des formations du Cerfep
 Oui Non
 - sites internet du Cerfep
 Oui Non

Cette autorisation est accordée pour une durée indéterminée et pourra être révoquée à tout moment en adressant un courrier au responsable du Cerfep, 11 allée Vauban, 59 662 Villeneuve d'Ascq.

Le
A

Signature

AUTORISATION D'UTILISER LES COORDONNEES FOURNIES⁵

J'autorise le Cerfep à utiliser les coordonnées fournies dans le présent dossier pour :

- M'envoyer des **informations** concernant des produits et services développés par le Cerfep
 Oui Non
- Constituer un **listing** (ou trombinoscope, si vous avez donné votre accord) à destination des participants, intervenants et membres des comités pédagogiques, des formations du Cerfep, qui pourra contenir, en plus de vos noms et prénoms :
 - Vos coordonnées personnelles
 Oui Non
 - Vos coordonnées professionnelles
 Oui Non

Le
A

Signature

⁵ Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Cerfep, 11 allée Vauban, 59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.
DUEP_DossierCandidature_2016-2018