

DOSSIER DE CANDIDATURE

FORMATION PATIENT INTERVENANT 2015

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 (association) :

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.

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 / ASSOCIATIVES

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, ...

5. VOTRE EXPERIENCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET : OU DANS LA COLLABORATION AVEC DES PROFESSIONNELS DE SANTE

.....

.....

.....

.....

6. VOTRE PROJET ET MOTIVATIONS

Précisez : dans quelles pathologies chroniques et dans quelles types d'activités (collaboration avec des professionnels de santé dans la construction/ l'évaluation des actions éducatives, la co-animation des activités éducatives auprès des patients chroniques, la formation des professionnels de santé etc.) souhaiteriez-vous vous investir.

.....

.....

.....

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 COORDONEES FOURNIES²

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

² 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.