



FACULTÉ
DE SANTÉ



DOSSIER DE CANDIDATURE
EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

ETAT CIVIL :

Nom (En majuscules): Prénom(s) :
Nom de jeune fille : Nationalité :
Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ à (__ __)
N° de Sécurité Sociale :

ADRESSE :

N°/rue :
Code postal : __ __ __ __ Ville :
Téléphone : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __ Portable : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
@mail personnel :

EMPLOYEUR :

Fonction exercée actuellement :
Etablissement :
Adresse :
Code postal : __ __ __ __ Ville :
Service :
@mail professionnel :
Téléphone (précisez votre n° de poste) : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
Responsable de la formation continue :
Téléphone du responsable formation continue : __ __ / __ __ / __ __ / __ __ / __ __
@mail responsable formation continue :

Secteur public

Secteur Privé

 ESPIC Lucratif

Libéral

DIPLÔMES

Années	Intitulé du Diplôme	Etablissement(s) de formation
----- / -----
----- / -----
----- / -----
----- / -----

FORMATIONS AU TITRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Années (-10 ans)	Durée (+ 3 jours)	Organisme de formation	Intitulé de la formation
--- / --- / ---
--- / --- / ---
--- / --- / ---
--- / --- / ---
--- / --- / ---

PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION :

- Au titre du plan de formation (financement employeur)
Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre employeur
- Au titre du Congé Individuel de Formation (financement OPCO)
Le cas échéant, vous vous engagez à faire des démarches auprès de votre OPCO
- A titre individuel (financement personnel)

Date et signature du candidat :

Les droits de formation font l'objet d'une convention accompagnée d'une facture.

PIÈCES À JOINDRE POUR COMPLÉTER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

- * Attestation de prise en charge de l'employeur ou d'un organisme (en cas de prise en charge personnelle, joindre une attestation sur l'honneur : modèle joint),
- * 1 photo d'identité non scannée (format standard),

Les dossiers incomplets ne pourront être pris en compte

ANNEXE : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE PERSONNELLE

Je soussigné (prénom NOM) _____

atteste prendre en charge personnellement les frais de formation pour le
complément de formation "Education thérapeutique du patient"

Fait à _____ Le ____/____/ 2025

Signature