



DOSSIER DE CANDIDATURE

Formation à la coordination de programme
d'ETP - Cycle 2019





DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION A LA COORDINATION DE PROGRAMMES D'ETP / CYCLE 2019

A retourner à l'adresse suivante :
CERFEP service de SANTÉLYS Formation
Parc Eurasanté
351 rue Ambroise Paré
59120 Loos

Fournir
2 photos
d'identité
obligatoirement

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"/> Pédicure-podologue | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste | <input type="checkbox"/> Pharmacien | |
| <input type="checkbox"/> Diététicien | <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie | |
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé | <input type="checkbox"/> Prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées | <input type="checkbox"/> Patient ou proche impliqué dans l'accompagnement des malades chroniques |
| <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 Conformément au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles et à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous bénéficiez - pour motifs légitimes et sauf obligation légale - d'un droit d'information, d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, à la limitation, à la portabilité des données vous concernant. A ce titre, vous pouvez vous rapprocher du délégué à la protection des données de Santélys, par mail : dpo@santelys.fr ou par courrier : Santélys – A l'attention du DPO - Parc Eurasanté – 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS. Vous disposez également d'un droit d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés en cliquant [ici](#).

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 ou de la personne référente.

> Téléphone :

> Email :

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

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Etablissement	Année d'obtention

Avez-vous suivi une formation à la pratique de l'ETP ?

- Oui, 40 heures et plus
- Oui, moins de 40 heures. Précisez...
- Non

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, ...

8. VOS BESOINS – VOS ATTENTES

Quelles difficultés rencontrez-vous au quotidien dans la coordination de programme, d'équipe?

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

Quels aspects théoriques et pratiques souhaiteriez-vous aborder/ approfondir pendant la formation ?

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

Quelles compétences souhaiteriez-vous acquérir/développer pour améliorer vos pratiques de coordonnateur?

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

9. 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, SANTELYS Formation, Parc Eurasanté, 351 rue Ambroise Paré 59120 Loos.

Le
A

Signature

AUTORISATION D'UTILISER LES COORDONNEES 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 au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles et à la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) modifiée, vous bénéficiez - pour motifs légitimes et sauf obligation légale - d'un droit d'information, d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, à la limitation, à la portabilité des données vous concernant. A ce titre, vous pouvez vous rapprocher du délégué à la protection des données de Santélyls, par mail : dpo@santelys.fr ou par courrier : Santélyls – A l'attention du DPO - Parc Eurasanté – 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS.

Vous disposez également d'un droit d'effectuer une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés en cliquant ici.