



• **POUR LES SALARIÉS :**

Fonction exercée : ..... Date d'embauche : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Type de Contrat :  CDI  CDD  Intérim  Autres : .....

Rythme :  Temps Plein  Temps Partiel

Votre n° tél professionnel : ..... Votre e-mail : .....

Nom de l'organisme (entreprise, association, structure publique) : .....

..... N°SIRET : .....

Personne à contacter- NOM : ..... PRENOM : .....

Fonction : .....

Adresse Postale : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

FORMATION(S) ANTERIEURE(S)

◆ **BACCALAUREAT :**

Date d'obtention du Baccalauréat : ..... Série : ..... Mention : .....

Nom de l'établissement : ..... Ville : ..... Département/Pays : .....

◆ **ETUDES POST-BACCALAUREAT :**

<i>Année universitaire</i>	<i>Nom de l'établissement</i>	<i>Ville et Département</i>	<i>Intitulé exact du diplôme préparé</i>	<i>Résultat (admis, ajourné)</i>

Cadre réservé au candidat postulant au **DU Implantologie**, ou au **DU Implantologie Avancée**, ou **DU Orthodontie**:

*Merci de bien vouloir précisez :*

◆ **Etudes Supérieures Médicales ou Odontologiques :**

Intitulé du diplôme : .....

Date et lieu d'obtention : .....

◆ **Spécialités Acquises :**

Intitulé du diplôme : .....

Date et lieu d'obtention : .....

◆ **Stages ou séminaires:**

.....  
.....

◆ **Etudes complémentaires effectuées** (*non sanctionnées par un diplôme*) et **Travaux personnels** (*mémoires, dossiers, articles*) :

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

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

<i>Période</i>	<i>Nom de l'Entreprise ou Organisme</i>	<i>Ville et Département</i>	<i>Titre/Fonction occupé(e)</i>

FINANCEMENT DE LA FORMATION

Je soussigné(e) ....., né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, demeurant à .....

**déclare que le coût de ma formation sera pris en charge :**

**Par moi-même** pour un montant de ..... € (individuel)

**Par mon organisme (entreprise, association, structure publique) :**

Demande de financement en cours, en attente de réponse

Réponse favorable à la prise en charge des frais de votre formation  
(merci de joindre la copie de l'accord de prise en charge)

**par un organisme financeur (OPCO, Pôle Emploi, CPIR, etc) :**

Nom de l'organisme financeur : .....

Adresse Postale : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Personne à contacter : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Demande de financement en cours, en attente de réponse

Réponse favorable à la prise en charge des frais de votre formation  
(merci de joindre la copie de l'accord de prise en charge)

**Autre, précisez :** .....

**et déclare que les droits d'inscription seront pris en charge :**  **par moi-même**  **par mon organisme**

*Dans le cas où une autre prise en charge n'est pas prévue, l'ensemble des sommes sera dû dans le cadre du contrat de formation.*

**Le candidat certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier de candidature.**

Fait le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

à .....

SIGNATURE :

la photocopie de tous les diplômes ou les relevés de notes ou les attestations de réussite

**(ATTENTION : Pour les diplômés étrangers : joindre une traduction établie par un traducteur assermenté soit auprès de l'Ambassade de France du pays d'origine, soit par un traducteur de la Cour d'Appel de Paris → liste des traducteurs sur le site [www.ceticap.com](http://www.ceticap.com)).**

pour les salariés, l'attestation du ou des employeurs précisant les fonctions exercées

pour les demandeurs d'emploi, l'attestation d'inscription auprès du « Pôle Emploi »

1 relevé de compte CPF (\* Le CPF est mobilisable à la condition que la formation soit enregistrée au RNCP)

1 photo d'identité (à coller sur la 1<sup>ère</sup> page)

une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité

5 timbres au tarif en vigueur

1 chèque de 20 € correspondant aux frais de dossier (le chèque doit être libellé à l'ordre de « l'Agent Comptable de l'Université d'Evry »).

**Remarque : Ce chèque n'est pas à fournir pour les candidats au DU Implantologie et au DU Orthodontie)**

---

ATTENTION

---

**Pour les candidats postulant au DU Implantologie** : fournir une attestation de formation théorique et pratique à l'implantologie

**Pour les candidats postulant au DU Implantologie et au DU Orthodontie** : 1 chèque de 60 € correspondant aux frais de dossier et aux frais d'organisation d'examen (le chèque doit être libellé à l'ordre de « l'Agent Comptable de l'Université d'Evry »).

---

REMARQUES

---

**Pour les candidats postulant au DU Implantologie Avancé** : le règlement s'effectue par virement bancaire. Un RIB de l'Université d'Evry est joint au présent dossier

***Le dossier de candidature doit être retourné impérativement complet et à l'adresse suivante :***

**UNIVERSITE D'EVRY-VAL-D'ESSONNE - Service Commun de la Formation Continue  
23 Boulevard François Mitterrand – 91000 EVRY COURCOURONNES**

**Ce dossier ne vous dispense pas de l'inscription auprès du service scolarité.**

---

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

---

• **Service Commun de la Formation Continue** :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Complet :  Oui  Non (si non, quand : .....)

• **Responsable de Formation** : NOM/PRENOM : .....

Avis favorable

Avis défavorable

Liste d'attente

\* Dans le cas d'un avis défavorable, merci de précisez les motifs : .....

Vu le : .....

Signature du responsable de formation :

Lire attentivement : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion administrative et financière de votre dossier. Les destinataires desdites données sont les membres du Service Commun de la Formation Continue. 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 responsable de la Formation Continue, bâtiment Maupertuis, 23 Boulevard François Mitterrand 91025 Evry Cedex. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.