

DOSSIER DE CANDIDATURE Formation Continue

Année universitaire 20__ / 20__

Relève de la Formation Continue, toute personne qui souhaite reprendre ses études, après une interruption d'une durée de 24 mois minimum (salarié, non salarié, demandeur d'emploi).

- Vous souhaitez postuler pour le diplôme universitaire (DU) :

- Préparation Physique et RE-Athl tisation
- Technicien d'Intervention d'Urgence Sociale Maraudeur
- Délégué à la Protection des Données (DPO)

- Avez-vous le niveau d'études minimum requis pour intégrer cette formation ? Oui Non

(Si non, la commission pédagogique de recrutement examinera votre situation en matière de diplôme et d'expérience professionnelle)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Melle Mme Mr. **NOM** : **PRENOM** :

Nom de jeune fille :

N (e) le : __/__/____   **Nationalité** :

Situation familiale : Seul En couple Marié(e)/Pacsé(e) avec enfants à charges, si oui combien : ____

N  Sécurité Sociale : __/__/____/____/____/____/____

N INE ou BEA : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Merci de différencier le zéro à de la lettre "o")
(Si vous avez obtenu votre Baccalauréat ou effectué des études supérieures à partir 1995).

Si vous avez d j été inscrit à l'Université d'Evry-Val-d'Essonne : **N  carte étudiant** : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse personnelle :

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

Téléphone fixe : **Portable** :

Adresse Mail :

Personne à contacter en cas d'urgence :

M^{elle} M^{me} M^r **NOM** : **PRENOM** :

Lien avec la personne à contacter en cas d'urgence :

Téléphone fixe : **Portable** :

Adresse Mail :

VOTRE SITUATION AU MOMENT DE L'ENTREE EN FORMATION



Prévoir un coût de formation, en plus des droits d'inscription. La participation financière qui vous sera demand e est liée à votre situation au moment de l'inscription. (Nous consulter pour plus de détails sur le coût de cette formation).

- Salarié du secteur privé
- Salarié du secteur public
- Fonctionnaire
- Demandeur d'emploi indemnisé
- Demandeur d'emploi non indemnisé
- Indépendant (dont profession libérale, auto-entrepreneur)
- Autre :

• **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)

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

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

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

◆ **INFORMATION SUR LE BACCALAUREAT :**

Date d'obtention du Baccalauréat : Série : Mention :

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

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 (1)

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 un tiers

	Dispositifs	Demande/ recherche en cours	Accord validé
Salarié	Plan de Développement des Compétences (PDC) ex plan de formation de l'Entreprise		
	Projet de Transition Professionnelle (PTP)		
	Compte Personnel de Formation (CPF)		
Demandeur d'emploi	Compte Personnel de Formation (CPF) avec possibilité d'abondement Pôle emploi		
	Abondement Pôle emploi (sans CPF)		
	Financement Région Ile de France (AIRE)		
Autre situation	Autre financement ; précisez votre projet de financement :		

Merci de joindre la copie de l'accord de prise en charge

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 :**

(1) Le financement de la formation peut concerner la prise en charge de la formation et/ou le maintien de vos ressources durant cette période (salaires, indemnisation...)

LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- un curriculum vitae et une lettre de motivation (expliquant votre projet professionnel, adressée au responsable de formation)
 - 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).
 - 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 copie d'écran de vos droits CPF <https://www.moncompteformation.gouv.fr/espace-prive/html/>
 - 1 photo d'identité (à coller sur la 1^{ère} page)
 - une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité
 - 5 timbres au tarif en vigueur
 - Frais d'études de votre candidature : 1 chèque de 20 € (ordre : Agent comptable de l'université d'Evry) **ou** une preuve de virement de 20 € (voir RIB ci-dessous). *Dans tous les cas cette somme reste acquise à l'Université.*
- NB : mettre impérativement votre nom et le diplôme visé dans le motif du virement afin que nous puissions l'identifier.**

Identifiant National de Compte Bancaire	Banque 10071	Guichet 91000	N° Compte 00001001778	Clé RIB 59			
IBAN	FR76	1007	1910	0000	0010	0177	859
BIC	TRPUFRP1						

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.