



NOM D'USAGE :
Prénom(s) :
NOM DE NAISSANCE :

PROMOTION : 2022/2023

DOSSIER D'INSCRIPTION

**CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
GESTION ET COORDINATION OPERATIONNELLE
DES PARCOURS ET ORGANISATIONS DE SANTE
Partenariat IFCS-TL / IFROSS UNIVERSITE LYON 3**

**À compléter et à retourner par mail accompagné des pièces
en 1 seul PDF à contact@ifcstl.fr
Avant le 1^{er} Octobre 2021**

DOSSIER D'INSCRIPTION
POUR SELECTION

NOM d'USAGE :
NOM DE NAISSANCE :
PRENOMS :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse actuelle :

N° Portable :

Mail personnel :

Mail professionnel

	Dénomination	Date d'obtention
Diplôme de base :		
Diplôme de spécialité :		
Formation universitaire :		
EMPLOYEUR		
Nom de l'établissement Employeur :		
Adresse :		
Code Postal / Ville :		
Date d'entrée dans l'établissement :		
Emploi exercé :		Faisant Fonction : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

📄 **Récapitulatif de déroulement de carrière à remplir SVP**

NOM DE NAISSANCE- NOM D'USAGE & PRENOM :

RÉCAPITULATIF DU DÉROULEMENT DE CARRIÈRE

Nom et adresse de l'établissement employeur	Fonction occupée	Dates		Quotité de temps de travail <i>À préciser obligatoirement</i>	Durée	
		du	au		ANNEE	MOIS
				----- ans -----mois		

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

(à remplir par l'employeur)

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE GESTION ET COORDINATION OPERATIONNELLE DES PARCOURS ET ORGANISATIONS DE SANTE

Partenariat IFCS-TL / IFROSS 2022-2023 (18 mois)

EMPLOYEUR	Etablissement:
	Adresse
	Code postal Ville
	Téléphone..: Mail :

CANDIDAT	Nom Prénom
	Grade / Fonction
	Service

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Coût pédagogique de l'année scolaire 2022/2023 (18 mois de formation) :

3 000 € + 100 € Frais dossier IFCS-TL

+ Frais inscription universitaire en vigueur (*pour information pour 2020/2021 : 243 €*)

- La prise en charge financière **sera assurée par l'employeur** :

Oui

Non

- La prise en charge financière **sera assurée par un organisme financeur** :

Oui

Non

Si **oui** : préciser l'organisme

Adresse

Date :

Signature du candidat :

Signature et cachet du Directeur



ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

PERSONNELLE

(À REMPLIR PAR LE CANDIDAT)

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE GESTION ET COORDINATION OPERATIONNELLE DES PARCOURS ET ORGANISATIONS DE SANTE

Partenariat IFCS-TL / IFROSS 2022-2023 (18 mois)

Je soussigné(e) : Mr - Mme

Nom d'usage – prénoms

Nom de naissance

Adresse :

.....

Tél. : mail :

M'engage sur l'honneur à régler les frais pédagogiques afférents à la formation soit :
3 000,00 € (TROIS MILLE EUROS) + 100 € Frais dossier IFCS-TL)
+ Frais Inscriptions Universitaire (**pour information pour 2020/2021 : 243 €**)

en cas d'admission à la formation en alternance dispensée par l'Institut de Formation de Cadres de Santé du Territoire Lyonnais en partenariat avec l'IFROSS.

À

Le

SIGNATURE

Toutes les pièces doivent être dans le même PDF que ce dossier

PIECES DU DOSSIER en PDF (nommer le dossier de votre nom et prénom)

- DOSSIER D'INSCRIPTION COMPLET
- COPIES DES DIPLÔMES
 - PROFESSIONNELS
 - SCOLAIRES ET UNIVERSITAIRES
- LETTRE DE MOTIVATION ARGUMENTEE
- CV
- ATTESTATION EMPLOYEUR CERTIFIANT ENGAGEMENT DU CANDIDAT
DANS DES FONCTIONS MANAGERIALES ET/OU TRANSVERSALES