

Démarche : DU d'Aptitude professionnelle en médecine bucco-dentaire

Organisme : Service de Formation Continue

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>

Formulaire

Formulaire de candidature en ligne

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Informations RGPD

Les informations que vous saisissez dans ce formulaire sont destinées strictement à l'Université de Tours en qualité de responsable du traitement de votre candidature. Ces informations sont enregistrées dans la base de données de l'Université de Tours et conservées pour une durée maximale de 10 ans.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'Université (dpo@univ-tours.fr), et consulter les politiques de protection des données de l'établissement : <https://www.univ-tours.fr/politique-rgpd>

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

ETAT CIVIL

Civilité

Mme

M.

Prénom

DU d'Aptitude professionnelle en médecine bucco-dentaire

Nom

Nom de naissance

Votre date de naissance

Ville de naissance

Pays de naissance

Votre nationalité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Française

Votre adresse de résidence (Indiquez numéro, rue)

Code postal de résidence

Ville, commune de résidence

Votre pays de résidence

Votre téléphone portable

Votre e-mail personnel

Comment avez-vous connu cette formation ?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Site internet de l'université

Emailing

LinkedIn

Préconisation d'une structure ou de l'employeur

Conseil d'une connaissance

Salons (portes-ouvertes)

Autre :

VOTRE SITUATION À L'ENTRÉE DE LA FORMATION

Votre situation actuelle :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Salarié-e / Agent fonction publique

Professionnel-le libéral-e

Demandeur d'emploi

Profession exercée

Votre employeur est du :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

secteur privé

secteur public

secteur associatif

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur (numéro, rue)

Code postal de l'employeur

Ville de l'employeur

Pays de l'employeur

Précisez le nom de votre responsable

Nom de l'entreprise (à compléter si vous êtes concerné-e, champ non obligatoire)

Adresse du lieu d'exercice (n°, rue)

Code postal du lieu d'exercice

Ville du lieu d'exercice

DU d'Aptitude professionnelle en médecine bucco-dentaire

Pays du lieu d'exercice

Précisez votre N° RPPS :

Êtes-vous indemnisé-e par France Travail ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Quelle est la date de fin de votre indemnisation ?

FINANCEMENT

Quel type de financement envisagez-vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Financement employeur

Financement personnel

Nom de la personne à contacter :

N° téléphone de la personne à contacter :

E-mail de la personne à contacter :

Important

En cas de financement par l'employeur, l'accord de prise en charge est à télécharger sur la page internet de la formation (sous la plaquette), à faire signer à votre employeur et à nous retourner par email.

Quel type de financement envisagez-vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Financement au titre de mon activité libérale

Financement personnel

Quel type de financement envisagez-vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Aide Individuelle à la Formation (AIF)

Financement personnel

Quel type de financement envisagez-vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Financement personnel

DU d'Aptitude professionnelle en médecine bucco-dentaire

PIECES A JOINDRE

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre CV

Fichier pdf

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Votre lettre de motivation

Fichier pdf

La copie d'une pièce d'identité en cours de validité

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

La copie de vos diplômes. Pour les diplômes étrangers, fournir une copie du diplôme étranger avec une traduction officielle par un service officiel français ou par un traducteur assermenté, ainsi qu'une attestation du niveau d'études

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Courrier du président de l'ordre départemental pour les praticiens formés au sein de l'Union européenne (hors France)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Certificat justifiant d'un niveau B2 en français pour les ressortissants non francophones

Je certifie exacts les renseignements portés dans ce dossier.

Cochez la mention applicable

Oui

Non

A NOTER

Après avis de la commission pédagogique de sélection chargée d'examiner votre dossier, vous serez informé-e de la décision réservée à votre demande. Cette décision est valable uniquement pour la rentrée suivante.

Pour tout renseignement et le suivi de votre candidature, merci de contacter Mme Catherine GODEFROY-PESCHARD : 02 47 36 81 45 / catherine.godefroy-peschard@univ-tours.fr