

Démarche : TED Formation à la pratique ("supervision")

Organisme : Service de Formation Continue

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	

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 ou 02 47 36 78 59), 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](https://www.cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Important

Ce formulaire est à compléter uniquement si vous avez déjà participé à une session TED Formation initiation théorique

ETAT CIVIL

Civilité

☐ Mme

☐ M.

TED Formation à la pratique ("supervision")

Prénom

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

VOTRE SITUATION À L'ENTRÉE DE LA FORMATION

Etes-vous :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ salarié-e

☐ libéral-e

☐ demandeur d'emploi

Profession exercée

TED Formation à la pratique ("supervision")

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur (Indiquez numéro, rue...)

Code postal de l'employeur

Ville de l'employeur (précisez le pays si pays étranger)

Adresse du lieu d'exercice (Indiquez numéro, rue...)

Code postal du lieu d'exercice

Ville du lieu d'exercice (précisez le pays si pays étranger)

FINANCEMENT

Quel type de financement envisagez-vous ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Financement personnel

☐ Financement employeur

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.

TED Formation initiation théorique

Merci de rappeler la date de la session TED Formation initiation théorique à laquelle vous avez participé :
(date de début de la session)

TED Formation à la pratique ("supervision")

TED Formation à la pratique ("supervision")

Demande de :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ supervision 1

☐ supervision 2

Date de supervision 1 :

Je présenterai :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ un cas individuel

☐ un cas en binôme

Nom et prénom de votre binôme

Remarque

Les formations ont toujours lieu un jeudi, environ 1 fois par mois. Contactez Mme Catherine Godefroy-Peschard pour connaître les dates où il reste de la place (la programmation est de 4 cas cliniques présentés par session, au maximum)

Votre souhait de la période de la formation (indiquez un mois, un trimestre ou année)

Je certifie exacts les renseignements portés dans ce dossier.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

A NOTER

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