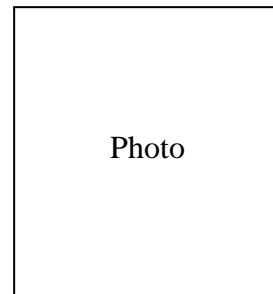




**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**DIPLÔME UNIVERSITAIRE**  
**INFIRMIER EN HYGIENE**  
**2019/2020**



**Date limite des candidatures le 14 juin 2019**

Mme / M. NOM DE NAISSANCE : .....

NOM D'USAGE..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : | | | | | 19 | | | |

LIEU DE NAISSANCE : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : .....

ADRESSE PERSONNELLE : .....

COMMUNE : | | | | | .....

TÉLÉPHONE PORTABLE | | | | | | | | | | | | | | | |

TÉLÉPHONE DOMICILE | | | | | | | | | | | | | | | |

EMAIL PERSONNEL | .....

EMAIL PROFESSIONNEL | .....

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR : .....

ADRESSE PROFESSIONNELLE : .....

.....

PROFESSION EXERCÉE : .....

SERVICE/UNITE : .....

FONCTION IDE EN HYGIENE HOSPITALIERE OUI NON

Depuis : (date).....

AUTRE SITUATION - Précisez : .....

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL | | | | | | | | | | | | | | | | poste | | | | | |

**- FORMATIONS SUIVIES, LIEU, ANNÉE :**

--

**- DIPLÔMES OBTENUS, LIEU, ANNÉE :**

--

**- STAGES EFFECTUÉS, LIEU, ANNÉE :**

--

**LETTRE DE MOTIVATION POUR LE DIPLÔME :**

[Empty box for motivation letter]

## CHOIX DES MODALITES D'ENSEIGNEMENT

**DU suivi sur une année (2018/2019)** (M1+M2+M3+M4+Stage+mémoire) soit 2600 euros TTC  
(l'université n'est pas assujettie à la TVA)

**OU**

**DU suivi sur deux années (2019/2020 et 2020/2021)** (tarifs en fonction des modules suivis par année) (cf la fiche de présentation ci-jointe)

(Cochez la case correspondante à l'année pendant laquelle vous suivrez le module)

	2018/2019	2019/2020
<b>M 1 : les infections nosocomiales</b> (110 heures)		
<b>M2 : management - pédagogie-communication</b> (90 heures)		
<b>M 3 : qualité/gestion des risques</b> (45 heures)		
<b>M4 : Méthodologie de la recherche</b> (12 heures)		

- 1. Le choix de l'ordre du suivi des modules ainsi que l'année du stage est libre. Cependant le Comité Pédagogique recommande le choix du M1 et du M3 en première année. Le M4 se fait obligatoirement en dernière année**
2. La soutenance du mémoire finalise la formation.
3. Les cadres de santé peuvent être exemptés du module 2 après acceptation du Comité Pédagogique.

**Date et Signature :**

**La réponse sera donnée à partir du 1er juillet 2019 par mail directement à chaque candidat, accompagnée, s'il y a lieu, d'un dossier d'inscription universitaire.**



**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE**

(Document à produire en original et à joindre au dossier de candidature)

A l'attention de l'Université Jean Monnet, Formation continue en Santé,

Je soussigné(e).....  
Agissant en qualité de .....

**NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :**

.....

Nom du signataire de la convention : .....

N° de SIRET complet (14 chiffres) : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Forme juridique :  Privé  Public  Association

..... *Email*.....

S'engage à régler l'inscription souscrite au bénéfice de l'Université Jean Monnet, Formation continue en santé:

**NOM DE NAISSANCE du stagiaire :** .....

**PRENOM du stagiaire :** .....

À la formation (Intitulé exact de la formation) :  
.....

Année Universitaire.....

Pour un montant de : ..... correspondant aux frais de formation

Adresse de convention :  
.....  
.....

Adresse de facturation. **Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre OBLIGATOIREMENT un justificatif. Aucune facture ne sera émise à un tiers si le justificatif n'est pas fourni.**  
.....  
.....

..... *Mail*.....

**Responsable de la formation de l'établissement**

Nom/Prénom : .....

Tel : .....

Email : .....

Correspondant :  
Nom.....

Téléphone : .....

En cas d'absence, d'abandon ou de carence ultérieure de l'organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, ..., ou l'employeur dans le cas d'une prise en charge de la formation continue, s'engage à régler le solde de la formation.

Fait à....., le.....

**Nom et Signature du Responsable :**

**Cachet de l'établissement :**

**COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE :**

- Le dossier de candidature dûment complété et signé
- 1 curriculum vitae
- 1 copie du diplôme infirmier et Cadre de santé (si tel est le cas)
- 1 photo d'identité
- L'attestation de prise en charge des frais de formation et des droits d'inscription de votre employeur (document ci-joint à remplir) **ou** une attestation d'inscription à titre personnel
- Une attestation d'emploi dans la fonction hygiène de votre dernier employeur

**Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.**

**Ce dossier est à renvoyer à Formation continue en Santé  
Faculté de médecine Jacques Lisfranc  
Pôle Santé Innovations  
10, rue de la Marandière  
42270 SAINT PRIEST-EN-JAREZ  
Tél. : 04 77 42 14 64  
Courriel : fcsante-mixte@univ-st-etienne.fr**