



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

NOM : / _____ /

Prénom : / _____ /

Profession : / _____ /

Lieu d'activité : / _____ /

Collez
votre
photo
ici

Dossier de candidature au

D.U. de NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE

Responsable : *Bénédicte GIFFARD*

N° d'existence : 2514 P6000 14

Siret : 191 414 085 000 16 NAF : 8542Z

ANNÉE 2023

- **Veillez remplir cet imprimé avec soin**
- **Y insérer les pièces complémentaires suivantes :**
 1. Copie d'une pièce d'identité
 2. Copie des diplômes listés
 3. Une enveloppe timbrée (tarif normal) libellée au nom et prénom du candidat
 4. Pour les professionnels : l'engagement de la prise en charge des frais d'inscription et de formation par l'employeur ou l'organisme de financement (cf dernière page)
- **Retournez ce dossier écrit complet avant le **24 novembre 2022** à :**

UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE
UFR de PSYCHOLOGIE
Bureau Formation Continue
Bât Sciences L – 4ème étage
CS 14032
14032 Caen Cedex 5

psychologie.fc@unicaen.fr

Seuls les dossiers complets seront étudiés

- **Les auditions auront lieu le **lundi 5 ou mardi 6 décembre 2022** (visioconférence possible)**

ÉTAT CIVIL

NOM : / _____ / (Nom d'épouse) / _____ /

Prénoms : / _____ /

Date et lieu de naissance / _____ / à / _____ /

Nationalité / _____ /

Adresse personnelle / _____ /

Code Postal / ___/___/___/___/___/ Ville / _____ /

Tél domicile / ___/___/___/___/___/ Tél portable / ___/___/___/___/___/

E-mail de contact (**obligatoire**) : / _____ /@/ _____ /

SITUATION ACTUELLE

Salarié

Demandeur d'emploi (depuis / ___/___/___/)

Autre : / _____ /

Si vous êtes salarié(e) :

Votre profession : / _____ /

Nom de l'entreprise: / _____ /

Adresse: / _____ /

CP : / _____ / Ville : / _____ /

Tél professionnel / ___/___/___/___/___/

Date d'entrée dans l'entreprise : / ___/___/___/

Type de contrat : CDI CDD : date de fin du contrat / ___/___/___/

Temps complet Temps partiel : quotité ___%

SCOLARITÉ

Année	Diplôme obtenu (photocopie obligatoire)	Mention	Etablissement

FORMATIONS COMPLEMENTAIRES (stages, séminaires, autre DU...)

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES (nature, durée et références de l'organisme d'accueil)

**SI VOUS ETES RETENU POUR LE D.U.,
QUEL PROGRAMME DE FORMATION SOUHAITERIEZ-VOUS SUIVRE ?**

FORMATIONS OBLIGATOIRES

Compétences fondamentales en neuropsychologie 1 : Comprendre la neuropsychologie (NFN1) – <i>Formation à distance</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compétences fondamentales en neuropsychologie 2 : Utiliser la neuropsychologie (NFN2) – <i>Formation à distance</i>	<input checked="" type="checkbox"/>

FORMATIONS AU CHOIX → en choisir 5 (les classer par ordre de préférence)

Troubles neuropsychologiques et troubles de l'usage d'alcool : Anticiper, dépister et adapter (TNTA) – <i>Formation à distance</i>	<input type="checkbox"/>
Sémiologie et diagnostic des démences : Anticiper et dépister les troubles neuropsychologiques (TSD) – <i>Formation à distance</i>	<input type="checkbox"/>
Bilan neuropsychologique dans les pathologies neurodéveloppementales 1 : Anticiper les troubles et adapter la démarche (BNE1)	<input type="checkbox"/>
Bilan neuropsychologique dans les pathologies neurodéveloppementales 2 : Détecter les troubles neuropsychologiques et intervenir (BNE2)	<input type="checkbox"/>
Cancer et troubles neuropsychologiques : Anticiper, détecter et intervenir (CAN)	<input type="checkbox"/>
La neuroimagerie en pratique clinique : comprendre, prédire et adapter (IMAC)	<input type="checkbox"/>
Approche neuropsychologique de la musicothérapie : Comprendre, s'adapter et intervenir (ANM)	<input type="checkbox"/>
Aide aux aidants : S'adapter et accompagner (AA)	<input type="checkbox"/>
Thérapies cognitivo-comportementales en neuropsychologie 1 : Analyser et adapter sa pratique (TCC1) *	<input type="checkbox"/>
Thérapies cognitivo-comportementales en neuropsychologie 2 : Maîtriser les outils et remédier aux troubles (TCC2)	<input type="checkbox"/>

* Le choix du module BNE1 ne rend pas obligatoire le suivi du module BNE2 (idem pour les modules TCC)

Vos 3 premiers choix seront privilégiés. Toutefois les modules seront ouverts sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits.

PAR QUEL BIAIS AVEZ-VOUS CONNU LA FORMATION ?

- Recherche internet (précisez)
- Manifestations, salons professionnels (précisez)
- Enseignant
- Relations professionnelles
- Ancien diplômé
- Autre (précisez)

Fait à _____, le _____

Signature

ANNEE 2023

Formation demandée : ...DU de Neuropsychologie clinique

Coût de la formation (selon devis transmis) : 3 795 € net de taxes

Université de Caen Normandie – UFR PSYCHOLOGIE – Service Formation Continue

Esplanade de la Paix CS 14032 CAEN Cedex

Contact : 02.31.56.52.05 ou 02.31.56.64.31 - psychologie.fc@unicaen.fr

Attention : fiche à retourner impérativement au gestionnaire en charge de la formation. Sans cette fiche complétée, l'inscription ne pourra être prise en compte

<p>STAGIAIRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom d'usage : Nom patronymique : - Prénom : Fonction : - Adresse postale : - Adresse électronique : - Téléphone fixe/portable: - Date et lieu de naissance : - Avez-vous déjà été inscrit à Unicaen* : oui - non. Si oui, année : - Avez-vous un numéro étudiant (si vous avez passé votre bac après 1995) ? oui – non Si oui, n° : 	<p>Montant pris en charge par le stagiaire :€</p> <p>Date :</p> <p>Nom :</p> <p>Signature du stagiaire :</p>
<p>ENTREPRISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raison Sociale : - Activité : - Représenté(e) par : - Personne à contacter (nom, qualité) : - Adresse : - Adresse de facturation (si différente) : - Adresse électronique : - Téléphone fixe/portable : - SIRET : - Code APE : - N° RNA (pour les associations) : - TVA intracommunautaire : - Votre entreprise a un service facturier* : oui – non - Si oui n° de bon de commande et bon de commande joint au bulletin : 	<p>Montant pris en charge par l'entreprise :€</p> <p>Une demande de subrogation a-t-elle été adressée à votre financeur*? oui - non</p> <p>Si oui, merci de remplir les informations concernant le financeur.</p> <p>Date :</p> <p>Nom/Fonction :</p> <p>Cachet et signature de l'entreprise (obligatoire) :</p>
<p>FINANCEUR (OPCO...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom du financeur : - Adresse : - Référent/correspondant : Téléphone : - Adresse électronique : <p>Cachet et signature du financeur</p>	<p>Montant pris en charge par le financeur :</p> <p>Le financeur prendra-t-il en charge le coût total de la formation* ? : oui - non</p> <p>Si non, merci de préciser le montant pris en charge :€</p>

(OU joindre la demande de subrogation transmise à votre financeur ou tout autre document qui atteste de la subrogation (obligatoire))

*rayer la mention inutile **À réception de cette fiche, un contrat individuel ou une convention de formation sera établi.**