



UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE

UFR DE PSYCHOLOGIE



NOM : / _____ /

Prénom : / _____ /

Profession : / _____ /

Lieu d'activité : / _____ /

Collez
votre
photo
ici

Dossier de candidature au

D.U. IPSE

Interventions psychosociales et environnementales pour l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer & de maladies apparentées

Responsables : Hervé PLATEL & Kevin CHARRAS

N° d'existence : 2514 P6000 14

Siret : 191 414 085 000 16 NAF : 8542Z

ANNÉE 2022

➤ **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. L'engagement de la prise en charge des frais d'inscription et de formation (cf dernière page)

➤ **Retournez ce dossier écrit complet avant le **15 septembre 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

Avec le soutien de :



ÉTAT CIVIL

Nom d'usage : / _____ / (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

N° Identifiant et lieu d'agence Pole Emploi :

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...)

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 2022

Formation demandée : ...DU IPSE

Coût de la formation (selon devis transmis) : 2900 € 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**STAGIAIRE :**

- 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° :

**Montant pris en charge par le
stagiaire :€****Date :****Nom :****Signature du stagiaire :****ENTREPRISE :**

- 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 :

**Montant pris en charge par
l'entreprise :€**Une demande de subrogation a-t-elle été adressée à
votre financeur*? oui - non**Si oui, merci de remplir les informations
concernant le financeur.****Date :****Nom/Fonction :****Cachet et signature de l'entreprise
(obligatoire) :****FINANCEUR (OPCO...) :**

- Nom du financeur :
- Adresse :
- Référent/correspondant : Téléphone :
- Adresse électronique :

**Montant pris en charge par le
financeur :**Le financeur prendra-t-il en charge le coût total de la
formation* ? : oui - non**Si non, merci de préciser le montant pris en
charge :€****Cachet et signature du financeur*****(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.