

Dossier d'inscription

Réinsertion professionnelle Formation - soins de longue durée

PHOTO
(merci de ne pas coller)

Je m'inscris à la formation **Réinsertion professionnelle, formation soins de longue durée**

DONNÉES PERSONNELLES

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance : État civil :

Nationalité : Lieu d'origine :

Type permis de séjour : Validité du permis :

Langue maternelle :

ADRESSE PRIVÉE

Rue : Case postale :

No postal : Localité :

Canton : Pays :

MOYENS DE COMMUNICATION PERSONNELS

Tél. privé : Tél. portable :

E-mail :

DERNIER EMPLOYEUR

Institution :

Adresse complète :

Service/Département :

Fonction :

Date de l'arrêt de travail :

FORMATION

Diplôme professionnel dans le domaine santé :

.....
.....
.....

Nom, lieu de l'institution de formation :

.....
.....

Autre(s) certificat(s) ou diplôme (s) obtenu(s) dans le domaine santé :

Type	Lieu	Dates	Titre(s) obtenu(s)
.....
.....
.....
.....

VOTRE MOTIVATION

Nous vous demandons de joindre au dossier une lettre explicitant les éléments suivants :

- Qu'est-ce qui vous a amené à choisir cette formation ?
- Dans quel projet professionnel s'inscrit votre démarche de formation ?
- Quelles sont les difficultés/contraintes que vous envisagez dans la réalisation d'un tel projet (liées à votre emploi ou à votre situation personnelle) ? Et quels moyens avez-vous de les gérer ?
- Quels avantages/bénéfices pensez-vous retirer de cette formation ?

COÛTS

Frais d'inscription : CHF 300.00

CONDITIONS GÉNÉRALES, MODALITÉS D'INSCRIPTION

Afin que vous puissiez débiter la formation, nous vous demandons de :

- Remplir le présent dossier d'inscription
- Respecter le délai d'inscription

et de joindre à ce dossier les documents suivants :

- 1 copie de votre diplôme professionnel, domaine santé
- 1 copie de votre curriculum vitae
- la lettre décrivant votre projet de formation, comme indiqué plus haut
- la preuve du paiement de la taxe d'inscription

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Haute école de santé Fribourg – Madame Coralie Wicht, Responsable programme de réinsertion professionnelle – Rte des Arsenaux 16a – 1700 Fribourg

Tél : 026 429 60 51 – E-Mail : coralie.wicht@hefr.ch

Remarques :

.....

.....

J'ai pris connaissance des conditions générales et les accepte.

Lieu et date :

Signature :

Veuillez imprimer et signer ce formulaire et l'adresser, ainsi que les pièces à fournir, par courrier postal ou e-mail à l'adresse suivante :

Haute école de santé Fribourg
Madame Coralie Wicht
Responsable programme de réinsertion professionnelle
Route des Arsenaux 16a
1700 Fribourg
coralie.wicht@hefr.ch

En partenariat avec :

