

**DOSSIER DE CANDIDATURE  
FORMATION CONTINUE**

Photo (à coller et  
non agrapper)

**Cadre réservé à l'administration**

N° de dossier : .....

Reçu le : .....

Admis       Non admis

**INFORMATIONS PERSONNELLES**

Civilité : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ ans.

Ville de Naissance : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mobile : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email personnel : \_\_\_\_\_

Situation de famille : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de validité du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Ces dates sont présentes sur les nouvelles attestations de la sécurité sociale).

## Diplôme d'Université

### Gestionnaire de parcours en santé

---

#### INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Établissement : \_\_\_\_\_

Statut juridique : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

--	--	--	--	--

 Mobile : 

--	--	--	--	--

Email : \_\_\_\_\_

Fonction/Poste : \_\_\_\_\_

Occupé depuis le : \_\_\_\_\_

Demandeur d'emploi :  oui -  non

#### DERNIER DIPLÔME OBTENU

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_

Université / École : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

#### FORMATIONS / DIPLÔMES OBTENUS

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_

Université / École : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_

Université / École : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_

Université / École : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Intitulé du diplôme : \_\_\_\_\_

Université / École : \_\_\_\_\_ Année d'obtention : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du candidat : \_\_\_\_\_

### FINANCEMENT DE LA FORMATION

**Il est impératif** que **les modalités de règlement** de votre formation, financement personnel ou financement établissement soient fixées au moment du dépôt de votre dossier de candidature. En effet, l'Université ne pourra pas modifier cette procédure une fois la convention de formation signée.

#### **Dans le cadre d'un financement établissement :**

La convention de formation est obligatoirement signée avec votre employeur, mais la formation peut être réglée pour tout ou partie par un tiers (OPCO, Groupe, ...).

**Pour les organismes tels que les OPCO, les réponses des demandes de financement doivent être communiquées avant l'entrée en formation.**

**Dans le cadre d'une subrogation de paiement, un avenant financier devra être annexé à cette réponse.**

### RENSEIGNEMENTS ÉTABLISSEMENT :

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Représentée par : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro SIRET : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Code NAF/APE : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de TVA intracommunautaire : \_\_\_\_\_ Forme Juridique : \_\_\_\_\_

### INTERLOCUTEURS ÉTABLISSEMENT :

#### **Signataire de la convention de formation :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail : \_\_\_\_\_

#### **Responsable du suivi du dossier de formation :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail : \_\_\_\_\_

### SI PRISE EN CHARGE OPCO

**Souhaitez-vous que votre OPCO nous règle directement les frais de formation ? (subrogation de paiement)**

OUI  NON  Non pratiqué par mon OPCO\*

**Attention, tous les organismes financeurs ne pratiquent pas la subrogation de paiement. Merci de vous renseigner auprès de votre OPCO en amont.**

Nom de l'OPCO : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Mail : \_\_\_\_\_

**Nom et prénom du candidat :** \_\_\_\_\_

**Dans le cadre d'un financement établissement (suite) :**

**FACTURATION**

Adresse de facturation si différente de l'adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Prise en charge :  totale  partielle \* *\*Si partielle indiquez le montant :* \_\_\_\_\_

**Facturation de la formation :**

- totalité en fin de formation (échéance novembre)
- dans le cadre d'un souhait de facturation à une autre période de l'année civile (à préciser sur l'attestation de prise en charge de l'entreprise)

***Joindre obligatoirement à cette fiche une attestation de prise en charge financière tamponnée et signée de l'employeur ou de l'organisme de prise en charge.***

**Uniquement pour les organismes publics :**

Code de service CHORUS PRO :  OUI  NON

Si oui, n° : \_\_\_\_\_

Si non, il faudra nous indiquer dans l'attestation de financement que vous n'avez pas de n° CHORUS PRO.

N° bon de commande ou engagement juridique : \_\_\_\_\_

Le bon de commande sera à transmettre avec la convention signée.

**Dans le cadre d'un financement personnel :**

Facturation de la formation :

- totalité en début de formation (échéance mars)
- 2 échéances (mars et juin)
- 3 échéances (mars, juin et septembre)

**Dans le cadre d'une prise en charge par pôle emploi :**

N° identifiant Pôle Emploi : \_\_\_\_\_ Région d'inscription : \_\_\_\_\_

Indemnisé(e) :  oui -  non

Montant de la prise en charge : \_\_\_\_\_

**TARIF DE LA FORMATION**

***Frais de la formation : 4 000 €***

*Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies dans ce dossier et vous adresse mon dossier de candidature, ainsi que les documents demandés en vue de mon admission.*

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

**ADRESSE D'ENVOI DU DOSSIER**

**CESEGH**

À l'attention de Mme Nathalie GIMENEZ  
Arche Jacques Cœur - 222 place Ernest Granier  
CS 79025 - 34965 MONTPELLIER CEDEX 2  
Tel : 04 99 13 60 50 – Email : [contact@cesegeh.fr](mailto:contact@cesegeh.fr)

### PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

- ⇒ Dossier dûment complété et signé,
- ⇒ Lettre de motivation manuscrite (cf. document joint – 2 pages maximum),
- ⇒ Curriculum vitae,
- ⇒ Attestation de prise en charge financière signée par l'employeur ou l'organisme financeur (si subrogation de paiements) **en supplément des informations fournies dans le dossier sur le « financement de la formation »**,  
ou,  
**pour les financements personnels**, un engagement sur l'honneur du candidat à régler sa formation lui-même,
- ⇒ Photocopie de votre dernier diplôme obtenu,
- ⇒ Photocopie de votre pièce d'identité (pour les femmes mariées, la carte d'identité doit comporter le nom de jeune fille et le nom d'épouse, sinon fournir la photocopie de l'acte de mariage) en cours de validité,
- ⇒ 1 photographie d'identité collée et non agrafée à l'emplacement réservé,
- ⇒ Un chèque de 40 € à l'ordre du CESEGH pour les frais de dossier (ce chèque sera restitué aux candidats non admis).

---

**Dans le cas de votre admission à l'Université**, nous vous demandons de conserver un double de toutes les pièces justificatives ; elles vous seront demandées, au format numérique, lors de votre inscription universitaire.

Également, lors de cette inscription universitaire, nous aurons besoin de connaître votre numéro INE ou BEA (numéro unique délivré individuellement) que vous trouverez sur l'un des documents suivants :

- sur la copie de votre **relevé de notes** du Baccalauréat (pour les personnes l'ayant obtenu après 1995), de la licence, du master, d'un diplôme d'Université...
- ou sur la copie de votre **pass'étude** ou **carte d'étudiant** si vous avez déjà été inscrit dans une Université.

\* Ne sont pas titulaires de ce numéro :

- les diplômés avant 1995,
- les infirmier(e)s diplômés d'État.

**ENQUÊTE**

**Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?**

- Relation professionnelle :
  - votre hiérarchie
  - des collègues
  - autres : .....
- Relation personnelle
- Ancien élève
- Site internet
  - CESEGH
  - Université de Montpellier / Montpellier Management
  - Autre, précisez : .....
- Emailing - Plaquettes
- Presse, précisez : .....
- Salon / Congrès / Journée portes ouvertes, précisez : .....
- Cellule d'information / Centre d'information et d'orientation (CIO) / Services Communs Universitaires d'Information et d'Orientation (SCUIO)
- Professeur
- Autre, précisez : .....

**Votre participation à cette formation relève ?**

- de votre propre initiative
- de votre hiérarchie
- des deux
- autre, précisez : .....

**Quel est votre objectif en entrant en formation ?**

- obtenir un diplôme
- développer de nouvelles compétences
- trouver un emploi
- évoluer professionnellement
- reconversion professionnelle

**LETTRE DE MOTIVATION**

Exposez les raisons qui vous conduisent à déposer votre candidature  
au Diplôme d'Université Gestionnaire de parcours en santé