CorpusLearning & le cnam Conservatoire national des arts et métiers

CERTIFICAT DE SPECIALISATION « STRATEGIE ET MANAGEMENT DES ACHATS DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO-SOCIAUX »

DOSSIER DE CANDIDATURE

A retourner accompagné des documents demandés (version électronique) à sandra.bertezene@lecnam.net et à wlebreton@corpuslearning.fr

Une **PRESELECTION** est effectuée sur dossier et entretien destinée à évaluer les motivations du candidat.

PIECE A FOURNIR (en version electronique, a joindre en pieces attachées)

- ☐ Diplôme le plus élevé ou notifications de décisions (BAC+4, VAPP, VES, VAE partielle, autres) ;
- ☐ CV
- ☐ Courrier présentant votre projet professionnel
- ☐ Pour les salariés : certificats du ou des employeurs précisant votre activité professionnelle
- ☐ Pièce d'identité
- ☐ Attestations des UE déjà obtenues au CNAM (le cas échéant)
- ☐ Photo d'identité

SITUATION PERSONNELLE

☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___| À : .....

Nationalité : .....

Portable :|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Mail : .....

N° I.N.S.E.E. |___|___|___|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

N°INE|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| (N° Sécurité Sociale)

VOTRE FORMATION

DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU *(Intitulé précis, exemple : Diplôme d'études supérieures spécialisées)*	**SPECIALITE DU DERNIER DIPLOME OBTENU** *(Intitulé précis, exemple : Pharmacie Hospitalière et des Collectivités)*	**NOM DE L'ETABLISSEMENT D'OBTENTION** *(Exemple : Université René Descartes Paris V)*	**ANNEE D'OBTENTION** *(Exemple : 1997)*	**NBRE D'ANNEES D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE** *(Exemple : 20)*

SITUATION PROFESSIONNELLE

☐ En recherche d'emploi

☐ En fonction

Fonction : .....

Ancienneté dans la fonction : .....

Direction à laquelle appartient la fonction : .....

Description de la fonction : .....

.....

Si vous êtes en fonction :

L'ETABLISSEMENT

Raison sociale : .....

Adresse complète : .....

.....

N° SIRET : .....

RESPONSABLE FORMATION ET FACTURATION

Nom et prénom : .....

Fonction : .....

Tél : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

E-mail : .....

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Année	**ETABLISSEMENT**	**FONCTION / GRADE**

FINANCEMENT / FACTURATION / ENGAGEMENT DE PAIEMENT

☐ **INDIVIDUEL**

☐ **A LA CHARGE DE L'EMPLOYEUR**

Réf de votre commande *(mention obligatoire)* : .....

☐ **A LA CHARGE D'UN ORGANISME FINANCEUR**

Raison sociale : .....

Adresse de facturation : .....

.....

Référence du dossier : .....

PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Nom et prénom : .....

Tél :|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

E-mail : .....

<u>Documents à joindre obligatoirement</u> : l'accord de prise en charge avec l'adresse de l'organisme financeur et la référence du dossier.

En cas d'absence de ce document au plus tard le 1er jour de la formation, la participation initialement mise à la charge de l'organisme sera facturée à l'entreprise et acquittée par celle-ci à charge pour elle de se faire rembourser le cas échéant.

L'inscription à cette formation vaut acceptation du programme par le stagiaire qui en a bien compris les objectifs.