

DOSSIER DE CANDIDATURE

À LA FORMATION DES ASSISTANTS MÉDICAUX



Dossier complet à retourner soit par mail : assistantmedical@isrp.fr,
soit par courrier : **ISRP - Assistant médical, 25 rue Ginoux, 75015 Paris**

Nom Prénom
Date de naissance Lieu de naissance
Adresse
CP Ville
Tel Adresse mail

Pour l'étude du dossier, nous vous remercions de remplir les informations suivantes et de fournir les pièces justificatives (diplômes, certificats, attestations employeurs...)

Certifications obtenues (diplômes, titres, CQP)

Intitulé de la certification/ Diplôme	Année d'obtention

Pièces justificatives à fournir

Expérience(s) professionnelle(s) antérieure(s) à l'entrée en formation prise(s) en compte

Structure/Entreprise	Fonction	Date de début et de fin de contrat

Pièces justificatives à fournir pour les expériences dans le domaine de la santé : attestation employeur

Si vous êtes titulaire de l'AFGSU Niveau 1, date d'obtention :

Financement

Etes-vous multi-employeurs ?

Oui

Non

L'employeur qui demande la prise en charge de la formation par l'OPCO EP, indiquez :

Nom du médecin référent / tuteur

Adresse mail

Téléphone

N°SIRET

Adresse

CP Ville

Temps de travail hebdomadaire pour cet employeur

Site privilégié pour les enseignements en présentiel :

Paris

Marseille

Vichy

Corse

Poitiers

Session privilégiée:

Septembre FAE 2023

Octobre 2023

Novembre 2023

Février 2024

Février FAE 2024

Si autre employeur, renseignez :

Nom et prénom employeur (2)

Temps de travail hebdomadaire

Nom et prénom employeur (3)

Temps de travail hebdomadaire

Je soussigné(e)
certifie l'exactitude des informations transmises à l'ISRP.

Fait à, le

Signature du candidat

Signature et cachet de l'employeur