

Dossier de demande de soutien

Projet de participation à l'accompagnement des malades chroniques

Malade chronique/ Aidants/ Représentants



A retourner à l'adresse suivante :
CARSAT Nord-Picardie – CERFEP
11 Allée Vauban 59662 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex

2 photos
d'identité
obligatoires

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS¹

NOM et prénom :

NOM patronymique (de naissance) :

Date de naissance :

Fonction/Mode d'exercice :

Profession :

Renseigner les coordonnées que nous devons privilégier pour vous joindre :

Adresse:

Code postal Localité :

Téléphone : Email :

2. DISPONIBILITES

Cocher les cases indiquant vos disponibilités pour un entretien (M - matin ; AM - après-midi) :

Lundi M AM

Jeudi M AM

Mardi M AM

Vendredi M AM

Mercredi M AM

3. SOUTIEN DE L'ASSOCIATION

Etes-vous membre d'une association de patients (joindre lettre d'intention écrite par l'association)? sinon passer à la question 4

Nom de l'association (antenne):

Adresse de l'association :

Code postal Localité :

Téléphone : Email :

Responsable :

¹ Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné aux démarches administratives de la formation. Les destinataires des données sont l'équipe pédagogique, le secrétariat et le centre de ressources et de documentation du Cerfep. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Cerfep, 11 allée Vauban, 59662 Villeneuve d'Ascq Cedex.

4. VOTRE CURSUS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE (ou joindre un CV et passer à la question 7)

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Etablissement	Année d'obtention

5. VOS EXPERIENCES PROFESSIONNELLES (ou joindre un CV et passer à la question 7)

Période	Etablissement/Structure	Service*	Fonction et niveau de responsabilité*

* Au sein d'un même établissement, vous avez pu changer de service ou de département, de statut, de fonction, ...

6. VOS EXPERIENCES ASSOCIATIVES (ou joindre un CV et passer à la question 7)

Période	Association, Antenne	Fonction	Missions

.....

8.2 Votre projet répond-t-il aux projets/ besoins de l'association ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.3 Comment votre association vous accompagne-t-elle dans votre projet d'intervention en ETP (ressources, formation) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.4 Avez-vous demandé une prise en charge de la formation par l'association ? Quelle réponse/justification ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. AUTRES INFORMATIONS

Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit le projet, soit l'association, soit l'exercice d'autres responsabilités, ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....