



# ASSISTANT.E DE SOINS EN GERONTOLOGIE

## - Identité du candidat / de la candidate

Nom de naissance :

Prénom :

Nom marital ou d’usage :

Sexe ☐Masculin ☐ Féminin

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département de naissance :

Situation de handicap reconnue ☐ oui ☐non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## - Adresse

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Portable :

Email personnel :

## - Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT pour toute inscription

* Une lettre de motivation ;
* Un CV ;
* La photocopie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité ;
* La photocopie du diplôme : Aide-Soignant ou Accompagnant Éducatif et Social ou Aide Médico- Psychologique ;
* Une déclaration sur l’honneur de compatibilité (modèle joint en annexe) ;
* La Reconnaissance en Qualité de Travailleur.se Handicapé.e, le cas échéant ;

## TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU

1. **- Statut lors de l’inscription**
   * Salarié.e bénéficiant d’un contrat de travail

Secteur : ☐ Public ☐ Privé

Coordonnées de l’employeur actuel : .......................................................................................................................................................

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

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

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

* + Autre (précisez)....................................................................................

**Êtes-vous inscrit.e auprès de Pôle Emploi ?** ☐ oui ☐ non

SI oui, merci d’indiquer votre N° d’identifiant :

## FINANCEMENT ENVISAGÉ

* + - Financement personnel
    - Financement employeur
    - Pôle Emploi
    - Autre (précisez) : ……………………..

Je certifie avoir pris connaissance de la totalité du dossier, en accepter tous les termes, et je certifie également que toutes les informations dont j'ai fait état sont justes. J'accepte, par ailleurs, que mon nom et mes coordonnées figurent sur les fichiers informatiques utilisés pour la constitution des différentes listes de candidat.e.s.

Fait à .................................................................... le...........................................................

Signature

Conformément au Règlement Européen sur la protection des données, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité et de limitation du traitement de vos données. Vous pouvez à tout moment nous envoyer une demande d'exercice de droits à l'adresse suivante : contact@irtshdf.fr

# DÉCLARATION SUR L’HONNEUR

Je soussigné(e), .............................................................................................................................................

Nom de jeune fille suivi du nom d’épouse pour les femmes mariées

Demeurant à .................................................................................................................................................

Né(e) le ....../......./..................... à

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

Déclare sur l’honneur, conformément à l’article L227-10 du CASF et L133-6 du Code de l'action sociale et des familles, n’avoir pas fait l’objet d’interdiction administrative ni de condamnation pénale en raison d’une infraction incompatible avec les professions ouvertes aux titulaires de la certification ASG (Assistant de Soins en Gérontologie).

Fait à ...................................................................................................................

Le.....................................

Signature