****

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier**

**Date d’enregistrement**



**Photo**

Dossier d’inscription

**CERTIFICAT NATIONAL D’INTERVENTION EN**

**AUTISME**

**I - Identité du candidat**

Nom de naissance

Prénom

Nom marital

Sexe □ Masculin □ Féminin Nationalité

Age Date de naissance

Lieu de naissance

Département de naissance

Situation de handicap reconnue nécessitant une adaptation de nos services □ oui □ non

Si oui quelle adaptation : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II - Adresse**

Adresse

Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Ville

Téléphone

Portable

Email

**III - Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT pour toute inscription**

- Une lettre de motivation ;

- Un CV détaillé;

- La photocopie de la pièce d'identité recto/verso en cours de validité ;

- La photocopie des diplômes

- une attestation sur l’honneur attestant de l’authenticité des photocopies de diplômes

- une attestation employeur si en emploi

- photocopie de la carte d’attestation de pôle emploi ou de CAP emploi et fiche de positionnement du référent si en situation de recherche d’emploi

- le mode de financement envisagé

- La présence d’un handicap – RQTH

- la déclaration sur l’honneur de non interdiction pénale d’exercer dans le médico social

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU**

**ATTENTION :**

**Lors de la signature des conventions de stages, l’employeur invoquant son intérêt légitime, peut demander au candidat :**

* **La communication du B2 du casier judiciaire qui n’est délivré qu’à certaines administrations pour des motifs précis (art. R79 du Code de procédure pénale) : art. 776-6° du code de procédure pénale s’agissant d’emplois auprès des mineurs ;**
* **L’indication de votre statut (formation initiale ou formation continue) et les pièces le justifiant (attestation de l’employeur, décision d’acceptation d’un congé individuel de formation, etc.).**

**V - Formation scolaire/universitaire/professionnelle**

Diplôme obtenu le plus élevé : ……………………………………………………………………………………………………………..

Année d’obtention : ………………………………………………………………………………………………………………………………

**VI – Expérience dans l’autisme**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates de l’expérience (personnelle, professionnelle, stage…)** | **Lieu** | **Fonctions** |
|  |  |  |

**VII - Carrière professionnelle**

Hors secteur social et médico-social :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates d’emploi** | **Employeurs** | **Fonctions** |
|  |  |  |

Dans le secteur Sanitaire social et médico-social (autre que dans l’autisme):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dates d’emploi** | **Employeurs** | **Fonctions** |
|  |  |  |

**VIII - Statut lors de l’inscription**

□ Salarié bénéficiant d’un contrat de travail

Secteur : □ Public □ Privé

□ Secteur social

□ Secteur médico-social

□ Autre : ……………….

Établissement d’emploi :

* Êtes-vous inscrit au pôle emploi ?□ oui □ non

N° identifiant

* Êtes-vous inscrit au CAP EMPLOI ? oui non

N° identifiant

**FINANCEMENT ENVISAGÉ**

□ Pôle Emploi

□ Financement personnel

□ CPF

□ Financement employeur

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 candidats.

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](mailto:contact@irtshdf.fr)

Attestation de prise en charge financière

**CERTIFICAT NATIONAL D’INTERVENTION EN AUTISME**

Candidats bénéficiant d’un financement

(A faire remplir par le ou les organismes financeurs)

Je soussigné(e) Madame - Monsieur :

Représentant : (Organisme - adresse - téléphone)

Confirme avoir été contacté(e) par :

Madame – Monsieur

Atteste qu’une demande de financement a été déposée le :

Auprès de (coordonnées de l’organisme)

□ Participation au financement ou co-financement de la formation CNIA envisagée

COÛT DE LA FORMATION :

Pour toute demande de devis, joindre le service Scolarité-Financement.

Cette participation au financement ou co-financement pourra être confirmée le :

Signature

& Cachet

**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 du secteur médico social.

Fait à Le

Signature

**Cadre réservé à l’IRTS**

**N° de dossier**

**Date d’enregistrement**

****



**Service admission / information**

**Parc Eurasanté Est**

**Rue A. Paré**

**BP 71**

**59373 LOOS CEDEX**

**03 20 62 58 72**

Attestation de dépôt de dossier

**CERTIFICAT NATIONAL D’INTERVENTION EN AUTISME**

Cette attestation est à compléter par le candidat.

Elle sera retournée après enregistrement du dossier et sera conservée par le candidat.

L’Institut Régional du Travail Social Hauts-de-France, certifie que

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Tél. : Portable :

a déposé un dossier d'inscription.

Au vu des pièces accompagnant le dossier vous êtes :

Cadre réservé à l’IRTS

□ Etudiant, service civique, demandeur d’emploi.

□Salarié(e), autres…