****

Fiche d’inscription 2022/2023

**ASSISTANT·E DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

**Formation 100% à distance**

**I - Identité du / de la candidat·e**

Nom de naissance

Prénom

Nom marital

Sexe  Masculin  Féminin Nationalité

Date de naissance

Lieu de naissance

Département de naissance

Situation de handicap reconnue  oui  non

Handicap A – Auditif  M – Moteur  V – Visuel

 AV - Auditif Visuel  MV - Moteur Visuel  AM - Auditif Moteur  T - Auditif Moteur Visuel  XX - Autres

**II - Adresse**

Adresse

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

Téléphone

Portable

Email

**III - 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 ;

- Si présence d’un handicap, la RQTH.

**NTION :**

**IV – Pré-requis**

**Diplôme(s) obtenu(s) :**

 Aide-Soignant·e

 Accompagnant·e Educatif et Social

 Aide Médico-Psychologique

 Auxiliaire de Vie Sociale

Année d’obtention : ……………………

**N.B. Joindre au dossier les photocopies du ou des diplôme(s).**

**Prérequis informatiques :**

 Je dispose d’une connexion internet.

 Je dispose d’un ordinateur portable, d’une tablette ou d’un PC.

 Je sais naviguer sur Internet.

 Je sais consulter ma messagerie et envoyer des mails.

**V - Carrière professionnelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Périodes d’emploi** | **Employeurs / Type de structures** | **Fonctions** |
|  |  |  |

**VI - Statut lors de l’inscription**

Salarié bénéficiant d’un contrat de travail

Secteur :  Public  Privé

 Secteur social

 Secteur médico-social

 Autre : ……………….

Établissement d’emploi :

 Temps plein  Temps partiel, Taux à préciser : %

Contrat

 CDI depuis le

 CDD du au

 Autre (précisez) du au

Êtes-vous inscrit au pôle emploi ? oui non

N° identifiant

**FINANCEMENT ENVISAGÉ**

 Pôle Emploi

 Financement personnel

 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 candidat·es.

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

**ASSISTANT·E DE SOINS EN GERONTOLOGIE**

Candidat·es bénéficiant d’un financement employeur

(A faire remplir par l’employeur)

Je soussigné(e) Madame - Monsieur :

Organisme :

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :

 confirme prendre en charge le financement de la formation ASG envisagée par

Madame – Monsieur

COÛT DE LA FORMATION :

Signature

& Cachet