

NOM : **Prénom :**

Adresse personnelle :

Code postal : **Ville :** **Pays :**

Téléphone fixe : **Téléphone portable :** **E-mail :**

ETUDES :

Dernier diplôme obtenu :

Université / Ecole :

Si soutenance d'un mémoire, titre du mémoire :

Autres formations : Diplôme obtenu niveau

..... Diplôme obtenu niveau

SITUATION ACTUELLE :

En situation de travail – Nom et adresse de l'employeur :

.....
Fonction : depuis le :

Demandeur d'emploi

Intérimaire

Etudiant

Expériences professionnelles dans le domaine de la santé :

.....

CONNAISSANCES :

Informatique : WORD : aucune faibles bonnes

EXCEL : aucune faibles bonnes

Langue anglaise : aucune faibles bonnes maîtrise

PRISE EN CHARGE DU COÛT DE LA FORMATION

à titre personnel

employeur

FONGECIF, FAF ou autre organisme

Autre (préciser) :

PIECES A JOINDRE

- 2 photos d'identité
- CV et lettre de motivation
- copie de votre dernier diplôme
- copie de la carte d'identité ou du passeport
- lettre de prise en charge du coût de la formation le cas échéant

Dossier à retourner à :

DEPULP – 21 rue du Maréchal Lefebvre
67100 STRASBOURG

Dossier suivi par Cathy ZELL

Tél : 03 90 24 49 28 - c.zell@depulp.com