



- Dossier de candidature -

à retourner à :

CRAM Nord-Picardie
Département de Santé Publique - CERFEP
11 Allée Vauban
59662 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex

Nom et prénom :

Nom patronymique :

Fonction :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal :..... Localité :

Tél : Fax : Email :

1. CURSUS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Diplômes obtenus ou formations suivies	Spécialité	Etablissement	Année de préparation	Année d'obtention

2. SITUATION ET EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

2.1. Veuillez indiquer votre situation professionnelle actuelle

2.1.1. Statut, grade, type de contrat de travail, travail en libéral à temps plein ou à temps partiel, ...

.....
.....

2.1.2. Fonctions, responsabilités, activités principales

.....
.....

2.1.3. Ancienneté dans la situation professionnelle actuelle

2.1.4. Nom de l'établissement, de l'institution, du service ou du département dans lequel (lesquels) vous menez vos activités

.....

Etablissement ou institution

Service ou département

Adresse professionnelle précise

Code Postal : Localité :

Tél : Fax :

Email :

2.2. Veuillez récapituler, dans le tableau ci-dessous, vos expériences professionnelles antérieures

Dates et durée	Etablissement et/ou service*	Statut*	Fonction et niveau de responsabilité*

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

3. DUEP ET PROJET D'EDUCATION DU PATIENT

3.1. Participez-vous actuellement à un projet en Education du patient ?

Oui

Non

3.1.1. A qui est-il destiné ?

.....

3.1.2. Quels sont les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

.....

.....

3.1.3. Quels sont les statut(s) et fonction(s) du(des) responsable(s) ?

.....

.....

.....

3.1.4. Quelles sont les principales activités menées (entretiens individuels, formations, réunions de patients, types d'activités, ...) ?

.....

.....

.....

3.1.5. Quels résultats avez-vous pu estimer jusqu'à présent ?

.....

.....

.....

3.1.6. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans ce projet ?

.....

.....

.....

3.2. A court ou moyen terme, pensez-vous :

- impulser un projet en Education du patient ?

Oui

Non

- vous associer à un projet existant, déjà ou en cours d'élaboration ?

Oui

Non

Si oui, veuillez, en quelques lignes, présenter ce projet ou cet avant-projet

A qui est-il destiné ?

Quels sont (ou quels seront) les soignants ou équipes pédagogiques associés ?

.....
.....

Quels sont les statut(s) et fonction(s) du(des) responsable(s) ?

.....
.....

Quelles sont les principales activités envisagées ?

.....
.....

Quels sont (ou quels seraient) les obstacles ou les difficultés à lever pour mettre en place ce projet ?

.....
.....

4. AUTRES INFORMATIONS (facultatif)

Si vous le souhaitez, indiquez ci-dessous d'autres éléments que vous n'auriez pu présenter précédemment, éléments concernant soit le projet, soit votre établissement et/ou service, soit l'exercice d'autres responsabilités, ...

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