Direction des ressources humaines
Centre des formations

# FORMATION POSTDIPLOME EN DOMAINE OPERATOIRE

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....

Né-e le : ..... Originaire de : .....

Nationalité : ..... Etat civil : .....

N° AVS : .....

Adresse privée complète :
.....

.....

Adresse e-mail :
.....

☎ Privé : ..... ☎ Professionnel : .....

Langue maternelle : .....

Langues étrangères : 1. ..... 2. .....

Etes-vous membre de l'ASI : oui ☐ non ☐

**Pour chacune des rubriques suivantes, indiquez : dates, institutions de formation, lieux et titres obtenus.**

Formation en soins infirmiers :

Formation professionnelle autre que soins infirmiers :

Formation professionnelle continue : cours – sessions (joindre photocopie des attestations) :

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement de formation pour la Formation postdiplôme en domaine opératoire, débutant en : .....

Lieu et date : .....

Signature : .....