



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

EPD Soins intensifs - EPD Soins d'anesthésie - Formation postdiplôme en domaine opératoire

Nom :	Prénom :
Né/e le :	Originaire de :
Nationalité :	Etat civil :
Adresse privée complète :	Adresse e-mail privée :
	Adresse e-mail professionnelle :
Privé : Professionnel :	Taux d'activité : % N° AVS :
Lieu de Formation Pratique (LFP)* :	Représentant du LFP* :

* LFP = service clinique dans lequel vous travaillez ou allez travailler.

Filière de formation choisie EPD SA (Soins d'Anesthésie) EPD SI (Soins Intensifs) Formation DOP

Pour la constitution du dossier, ce formulaire est à nous retourner par email, dûment rempli et signé, ainsi que les autres documents, à l'adresse catia.poroli-chidini@chuv.ch.

NB : La finance d'écolage est envoyée directement au professionnel-le en formation et il lui appartient de la transmettre à son employeur, s'il est convenu avec ce dernier qu'il prenne en charge l'écolage.

Par sa signature, le-la candidat-e confirme qu'il-elle a pris connaissance et accepte les règlements de la formation postdiplôme concernée, consultables sur le site internet du Centre des formations ([page des conditions générales](#)).

Lieu et date	Signature candidat-e
--------------	----------------------

ATTESTATION D'ADMISSION AUX EPD SA OU EPD SI

ne pas remplir pour la formation DOP

A remplir par le représentant du Lieu de Formation Pratique

Par sa signature, le représentant du Lieu de Formation Pratique (Responsable de Formation Pratique ou employeur) atteste que le-la candidat-e est admis-e à la formation postdiplôme cochée plus haut.

Lieu et date	Signature du représentant du LFP*
--------------	-----------------------------------