



DOSSIER DE CANDIDATURE

Andesi SUP 1+

A retourner à :

ANDESI

6 rue de l'Asile Popincourt

75011 Paris

Tel : 01 46 71 71 71

j.dubois@andesi.asso.fr

Merci de remplir précisément chacune des rubriques

- Devenez Directeur général ou Directeur d'association de transition certifié**
- Devenez Directeur de transition certifié**
- Devenez référent qualité certifié**
- Devenez évaluateur externe certifié**
- Consultant en analyse des pratiques pour cadres dirigeants**

Date de promotion choisie : _____ / _____ / _____

- Cette formation pouvant être réalisée en partenariat, j'accepte que mes données soient communiquées.
- J'accepte de recevoir la newsletter de l'ANDESI

Pièces à joindre au dossier

- Un curriculum vitae
- Photocopies des derniers diplômes
- Certificat de travail du dernier employeur
- Une lettre de motivation justifiant le choix de la formation



Identification du stagiaire

Madame/Monsieur

Nom d'usage : _____

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____/_____/_____

Lieu et département de naissance :

Adresse personnelle : _____

Tél. Personnel : _____

E. Mail personnel : _____

Identification de l'employeur

Type d'établissement ou de service : _____

Population accueillie : _____

Adresse professionnelle : _____

Tél. professionnel : _____

Fax : _____

E. mail professionnel : _____

Nom du (de la) responsable de l'établissement ou du service : _____

Tél : _____ Fax : _____

Modalités financières

Si le candidat est admis en formation, merci d'indiquer le mode de prise en charge :

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT DES COMPETENCES (PLAN DE FORMATION)

Nom de l'établissement financeur : _____

(si différent de l'établissement du stagiaire)

Adresse : _____

Contact : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

CPF DE TRANSITION (ex-CIF)

Nom du financeur : _____

Nom et coordonnées du contact : _____

AUTO-FINANCEMENT

Un échéancier peut être mis en place avec le stagiaire sur demande.

Attestation de prise en charge financière -A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) Mme/Mlle/Mr _____

Fonction : _____

atteste la prise en charge des frais de formation de :

Mme/Mlle/Mr _____

pour un montant de _____ €

Fait à : _____ Le : _____

Signature et cachet de l'employeur