

CQP ASSISTANT MÉDICAL

Ce dossier est à renseigner **dans son intégralité** et à retourner par mail à ecole@chem-sante.fr .
Vous trouverez l'ensemble des coordonnées en fin de dossier.

SESSION DE FORMATION SOUHAITÉE :

Merci de préciser la ville souhaitée et la date de la session :
.....

CANDIDAT(E)

VOTRE ÉTAT CIVIL

Nom de naissance :

Nom d'usage (Époux ou épouse) :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse mail :@.....

Tél. :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : M F Nationalité :

N° Sécurité Sociale :

Permis de conduire : Oui Non

Bénéficiez-vous de la reconnaissance Travailleur Handicapé ? Oui Non

Etes-vous titulaire de l'AFGSU niveau 1 ou niveau 2 ? Oui Non

Si oui, date de fin de validité : ____/____/____

Vous êtes en poste

Si vous êtes en poste, merci de préciser :

- Assistant(e) médical(e)
- Secrétaire médical(e)
- Auxiliaire de puériculture
- Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
- Aide-Soignant(e)

Date d'embauche : _____/_____/_____

Date de fin de contrat (si vous êtes en CDD) : _____/_____/_____

Durée hebdomadaire du travail : _____heures/ semaine

- Si vous intégrez prochainement un poste dans un cabinet, disposez-vous d'une promesse d'embauche signée ? OUI NON
- **A noter :**
 - **Votre inscription sera considérée comme définitive uniquement après validation de votre contrat auprès de votre employeur.**
 - **Votre contrat de travail doit impérativement avoir débuté au moment où vous intégrez la formation.**

Vous êtes en contrat de professionnalisation

Dates du contrat : Du : _____/_____/_____ Au : _____/_____/_____

Coordonnées de votre employeur :

- **A renseigner si vous êtes en poste, en cours d'embauche ou en contrat de professionnalisation**

Nom du cabinet :

Adresse du cabinet :

CP :Localité :

Nom et Prénom de votre employeur :

Adresse mail :@.....

Téléphone :

N° de SIRET :

Vous êtes à la recherche d'un emploi

PROFIL DU/DE LA CANDIDAT(E)

CURSUS DE FORMATION

Merci de commencer par le dernier diplôme obtenu et d'indiquer dans la dernière colonne le niveau (Bac + ...). Ne pas mentionner les études avant la classe de première. Les redoublements doivent être indiqués. Préciser la spécialité du baccalauréat et les éventuelles mentions obtenues.

ANNÉE	DIPLÔME	NIVEAU	ÉTABLISSEMENT ET VILLE

Autres formations suivies non diplômantes (formations continues dans une entreprise, apprentissages en autodidacte ou à distance...).

VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

STAGES

ANNÉE	DURÉE DU STAGE	FORMATION ENCADRANT LE STAGE	THÈME DU STAGE	ENTREPRISE ET VILLE

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

DATE DE DÉBUT DATE DE FIN	POSTE	MISSIONS	EMPLOYEUR ET VILLE

INFORMATIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE VOTRE FORMATION

Vous êtes salarié(e) d'un cabinet médical, **votre formation peut être financée par l'OPCO EP (1)(2).**

Pour cela :

- **Votre cabinet doit être à jour des cotisations OPCO EP** « contribution conventionnelle de branche », condition indispensable pour effectuer une demande de financement.
- **Le portail OPCO EP de votre cabinet doit être activé** avec le N° SIRET de la structure qui vous emploie.

Nous invitons votre cabinet à prendre contact avec son conseiller OPCO EP dès que possible pour :

- Activer son accès au portail OPCO EP <https://messervicesenligne.opcoep.fr>
- Poser toutes les questions relatives au financement de votre formation
- Faire le point sur les cotisations du cabinet et s'assurer ainsi qu'il est à jour dans ses versements (cotisations à régler en début d'année)
- Obtenir un justificatif de versement des contributions conventionnelles (vous pouvez également vous rapprocher de votre comptable)

1. Opérateur de compétences pour la formation professionnelle pour les entreprises de proximité : <https://www.opcoep.fr/>

2. Hors frais de dossier

Comment contacter votre conseiller OPCO EP ?

- Identifiez et contactez votre conseiller en saisissant votre numéro de SIRET sur <https://www.opcoep.fr/nous-contacter>



- Par téléphone : 09 70 838 837 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 6h à 23h
- Ou consultez la liste des conseillers par région :
 - Bretagne : <https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/contact/Carte-CF-BRE-opcoep.pdf>
 - Normandie : <https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/contact/Carte-CF-NO-opcoep.pdf>
 - Hauts-de-France : <https://www.opcoep.fr/ressources/centre-ressources/contact/Carte-CF-HDF-opcoep.pdf>

PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER

- Photocopie de la pièce d'identité valide et à jour
- Photo d'identité
- CV détaillé
- Copie des diplômes
- Copie de l'AFGSU (optionnel)
- **A demander à votre employeur** : Justificatif de versement des contributions conventionnelles à l'OPCO au titre de l'année écoulée (1)

Ce formulaire dûment complété accompagné des documents indiqués ci-dessus constitue le dossier de candidature. Seuls les dossiers complets seront étudiés.

Les candidat(e)s dont le dossier est complet et qui remplissent les pré requis de la formation seront invité(e)s à un entretien dans les semaines qui suivent leur candidature.

Je soussigné, (Nom Prénom) :certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur le présent document et l'authenticité des pièces jointes.

Fait à, le

Signature du candidat :

Signature et cachet de l'employeur :

**Le dossier complet et signé est à retourner à l'école CHEM
en format PDF à : ecole@chem-sante.fr**

POUR NOTRE INFORMATION

Comment avez-vous connu l'école CHEM ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux | <input type="checkbox"/> Prospectus, catalogue |
| <input type="checkbox"/> Presse | <input type="checkbox"/> Mail |
| <input type="checkbox"/> Bouche à oreille | <input type="checkbox"/> Appel téléphonique |
| <input type="checkbox"/> Salons | <input type="checkbox"/> Formations du CHEM |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

VOS INTERLOCUTRICES ÉCOLE CHEM

Nathalie MONOT
Assistante Pédagogique et Administrative
Secteur Bretagne

Sylvie DIOME
Assistante Pédagogique et Administrative
Secteurs Hauts de France et Normandie

ecole@chem-sante.fr

02 30 90 70 31 - 06 52 78 20 83

PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Les données que vous venez de communiquer font l'objet d'un traitement automatisé par Le CHEM, en sa qualité de responsable de traitement, dans le but de traiter et gérer votre candidature. Ce traitement de données est nécessaire à l'exécution de votre candidature.

La personne en charge de la protection des données peut être contactée à l'adresse email suivante : secretariat@chem-sante.fr

Les données seront conservées un an après le dernier contact avec vous si l'admission n'est pas prononcée. En cas d'admission, les données pourront être conservées par Le CHEM pendant deux ans à compter du dernier jour de formation.

Les destinataires des données sont : services internes du CHEM : Formation, Administration, Finances.

Dans le cadre de ses opérations de traitement, le CHEM s'engage à ne pas transférer vos données personnelles en dehors de l'Union européenne. Ces données ne sont jamais transférées à des tiers extérieurs au CHEM à des fins commerciales.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et en cas de motifs légitimes de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous bénéficiez également du droit à la portabilité de vos données et de la possibilité de donner des directives concernant vos données, en cas de décès.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant un email à l'adresse secretariat@chem-sante.fr. S'il ne vous était pas donné satisfaction, vous avez la possibilité de saisir la CNIL.

CHEM École
assistant
médical

Qualiopi
processus certifié

■ ■ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre
des catégories d'actions suivantes :
ACTIONS DE FORMATION
BILANS DE COMPÉTENCES

BREST siège : 135 quai éric Tabarly - Hall 2 - Passage de Quéménès - CS 92946 - 29229 Brest Cedex 2

Tél : 02 98 46 44 97 - Fax : 02 98 46 19 55 - ecole@chem-sante.fr

Organisme de formation enregistré sous le n°53290421529 auprès du préfet de la région Bretagne (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'état) SIREN 348872920 - TVA intracommunautaire : FR 24348872920