

**DOSSIER DE CANDIDATURE  
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM : ..... Prénoms (tous) : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

Courriel : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° Immatriculation Sécurité Sociale : ..... Nationalité .....

Fonction occupée : .....

**Statut à l'entrée en formation :**

Salarié(e) :     CDD     CDI     Contrat aidé précisez.....     Autre.....

Demandeur d'emploi :     Indemnisé     Non indemnisé

Autre : .....

**EMPLOYEUR :** .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**LIEU DE TRAVAIL** (si différent employeur) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

**PIÈCES À JOINDRE :**

- 2 photos d'identité
- 2 chèques de caution pour l'accès aux Centres de Recherche Documentaire :  
70 euros à l'ordre de l'IRTS de Franche-Comté et 76 euros à l'ordre de l'IRTESS de Bourgogne
- 1 curriculum vitae
- Copie de l'attestation de sélection (si sélection antérieure à 2013 ou hors régions Bourgogne/Franche-Comté)
- Copies de diplômes, attestations de stages ... (cf page 2)

**Dossier à retourner avant le 15 mai 2020 : (situation particulière : nous contacter)**  
**- pour la Franche-Comté à IRTS de Franche-Comté – 1 rue Alfred de Vigny – 25000 BESANCON**  
**- pour la Bourgogne à l'IRTESS de Bourgogne – 2 rue du Professeur Marion – 21000 DIJON**

### FORMATION INITIALE

ANNEE	FORMATION SUIVIE	DIPLOME OBTENU
.....	- Baccalauréat	Série : ..... intitulé : .....
.....	- Autres diplômes d'enseignement général ou professionnel :	
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### FORMATION CONTINUE

ANNEE	STAGES DE FORMATION SUIVIS	COMPETENCES ACQUISES
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### EMPLOIS OCCUPES

DATES JJ/MM/AAAA	EMPLOYEUR	EMPLOI OCCUPE
Du .....	.....	.....
Au.....	.....	.....
Du .....	.....	.....
Au.....	.....	.....
Du .....	.....	.....
Au.....	.....	.....
Du .....	.....	.....
Au.....	.....	.....

### FINANCEMENT DE LA FORMATION

⑦ **Organisme financeur** :  CIF  Plan de formation  CPF .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Courriel : .....

TAUX DE PRISE EN CHARGE OU SOMME PAYEE :

⑦ **Employeur** (Budget de l'établissement)

TAUX DE PRISE EN CHARGE OU SOMME PAYEE :

⑦ **Financement personnel**

TAUX DE PRISE EN CHARGE OU SOMME PAYEE :

⑦ **Autres** : .....

TAUX DE PRISE EN CHARGE OU SOMME PAYEE :

**Adresse de facturation** : .....

**Email pour envoi des attestations de présence** : .....

Fait à ..... le .....

Signature et tampon Employeur

Signature du stagiaire