

**DU Approches Palliatives 1 an  
2018-2019**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

A renvoyer à : **Hôpital Xavier ARNOZAN**  
**Centre régional d'accompagnement et de soins palliatifs**  
Avenue du Haut-Lévêque - 33604 PESSAC Cedex –  
Tél. 05 57 62 30 31 - Télécopie : 05 57 65 62 52

Photo

Obligatoire

**PROFESSION :** .....

Mme  M.

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom d'épouse/ Nom d'usage.....

**Adresse :**

Domicile :

.....

Professionnelle : .....

Téléphone Dom : ..... Prof : ..... Fax : .....

Courriel Dom : ..... Prof : .....

Date et lieu de naissance : / \_\_ / \_\_ / 19/ \_\_ / à .....

Situation de famille : .....

**Exercice professionnel en structure spécifique de soins palliatifs (USP, EMSP, LISP, Réseau de SP)**

OUI  NON  SI OUI, PRECISER SVP : .....

**Demandez-vous une inscription : (réponse obligatoire)**

- au titre de la formation initiale :

- au titre de la formation continue : > en reprise d'études non financée

> en reprise d'études financée

RESERVE A LA COMMISSION PEDAGOGIQUE

**ACCORD** pour inscription

**REFUS** pour inscription

**DATE LIMITE DE DEPOT DES CANDIDATURES : 1er septembre 2018**

\* Etudes antérieures sanctionnées par un diplôme (indiquer la nature des études et le contenu de la formation) :

diplôme (*)	année	durée	observations

\* Etudes complémentaires non sanctionnées par un diplôme :

.....

.....

.....

**STAGES ET/OU EMPLOIS**

employeur	nature du poste ou de l'emploi	dates	
		de	à





**QUESTIONS D'ORDRE PERSONNEL (suite)**

A large rectangular area containing 30 horizontal dotted lines for writing.

