

Formation continue | Continuing Education

CAS en Qualité des soins | CAS en Sécurité des soins | DAS en Qualité et sécurité des soins

DOCUMENTS A JOINDRE

- Curriculum vitae
 Copie d'une pièce d'identité
 Copies des diplômes
 Lettre de motivation
 Accord écrit de l'employeur-se (si la participation se fait sur le temps de travail)
 Accord de financement de l'employeur-se

DOSSIER COMPLET à remplir/renvoyer avec signature manuscrite à:

Marilina CAMPOLO CARLUCCIO
 Service Qualité des soins des Hôpitaux Universitaires de Genève
 Boulevard de la Tour 8 – 1211 Genève 14
 Marilina.CampoloCarluccio@unige.ch

Les données sont traitées de manière strictement confidentielle dans le respect de la législation applicable en matière de protection des données.

Données personnelles

Merci de compléter ce formulaire en caractères d'imprimerie

- Madame Monsieur

Nom: Nom de jeune fille:

Prénom: Prénom complémentaire:

Date de naissance (jour/mois/année):

Profession:

Nationalité suisse: oui non Canton: Nationalité(s):

ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE: privée professionnelle

ADRESSE POUR LA FACTURATION: privée professionnelle

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

Entreprise/Institution:

Adresse:

NP/Ville/Pays:

Téléphone:

E-mail:

COORDONNÉES PRIVÉES

Adresse:

NP/Ville/Pays:

Téléphone:

E-mail:

AVS

Dès 2011, le numéro matricule des étudiant-es des universités suisses est basé sur le numéro AVS

Numéro AVS: . . .

Si vous n'avez pas de numéro AVS, l'Université de Genève vous en attribuera un. Merci de remplir les informations suivantes au cas où vos données d'identification (nom, prénom, date de naissance) ne seraient pas uniques dans le système d'information suisse:

Pays de naissance: Ville de naissance:

Nom du père: Prénom du père:

Nom de la mère: Prénom de la mère:

Cursus
ÉTUDES ANTÉRIEURES

Avez-vous déjà été immatriculé dans une haute école suisse: oui non

Numéro matricule suisse SIUS – –

Si vous n'êtes pas en mesure d'indiquer votre numéro matricule, veuillez indiquer le nom de la dernière haute école que vous avez fréquentée en Suisse.
 Cette information nous permettra de retrouver votre numéro matricule

NIVEAU FIN D'ÉTUDES

- Certificat fédéral de capacité (CFC)
 Maturité professionnelle
 Maturité générale / Baccalauréat (secondaire)
 Bachelor/Master des hautes écoles spécialisées / hautes écoles pédagogiques
 Bachelor/Master/Doctorat des universités, écoles polytechniques fédérales
 Autre:

PLUS HAUT TITRE UNIVERSITAIRE OBTENU

Université:

Pays:

Ville:

Type titre: Baccalauréat universitaire Maîtrise Universitaire Certificat complémentaire Doctorat

Intitulé exact du titre obtenu:

Année de début: Année de fin:

Nombre de semestres: Nombre de crédits ECTS:

Renseignements complémentaires
COMMENT AVEZ-VOUS EU CONNAISSANCE DE CETTE FORMATION? (plusieurs réponses possibles)

- Recommandations personnelles
 Mon entreprise
 Un-e professionnel-le de la formation/orientation
 Une annonce dans un journal => lequel:
 Une brochure / prospectus / affiche / catalogue des offres de formation continue de l'Université de Genève
 Le site internet de la formation continue de l'Université de Genève www.unige.ch/formcont
 Un autre site => lequel:
 Renseignement directement auprès de l'Université de Genève
 Un e-mail annonçant la formation
 Lors d'une foire, d'un salon (ex : Salon RH, Salon de l'étudiant) => lequel:
 Autre:

AUTRE(S) EXPÉRIENCE(S) DE FORMATION CONTINUE AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES

Merci de considérer tous types de formation, y compris séminaires, colloques, conférences, débats, etc.

- Aucune autre expérience de formation continue
 Nombre de formations d'une journée ou moins (<8 heures):
 Nombre de formations de plus d'une journée (> 8 heures):
 Nombre de formations diplômantes (Certificat/Diplôme/Master of Advanced Studies, etc.):

Renseignements complémentaires / suite
ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?

- Oui à 100%
 Oui à temps partiel => Taux d'occupation: %
 Non => car vous êtes:
 En recherche d'emploi
 En congé formation
 À la retraite
 Autre, précisez :

Si vous n'exercez actuellement pas d'activité professionnelle, merci de répondre à l'ensemble des questions suivantes en vous référant au dernier poste occupé.

Fonction (titre du poste):

Position hiérarchique

- Indépendant-e
 Cadre supérieur-e
 Cadre intermédiaire
 Employé-e

Secteur d'activité

- Activité indépendante
 ONG
 Administration publique ou para-publique
 Organisation européenne
 Association
 Organisation internationale
 Entreprise privée

Taille de l'entreprise

- 1 personne
 de 2 à 10 personnes
 de 11 à 50 personnes
 de 51 à 100 personnes
 de 101 à 500 personnes
 de 501 à 1000 personnes
 plus de 1000 personnes

Remarques:

Inscription

- Je souhaite participer au **CAS en Qualité des soins** et m'engage à verser la somme de CHF 5'500.-, dès réception de la confirmation de mon inscription.
 Je souhaite participer au **CAS en Sécurité des soins** et m'engage à verser la somme de CHF 5'500.-, dès réception de la confirmation de mon inscription.
 Je suis titulaire du CAS en Qualité des soins ou du CAS en Sécurité des soins, et je souhaite participer au **DAS en Qualité et en Sécurité des soins**. Je m'engage à verser la somme de CHF 6'500.- dès réception de la confirmation de mon inscription.
 Je prends note que mon inscription en DAS n'est possible qu'à la condition d'avoir obtenu le CAS en Qualité des soins ou le CAS en Sécurité des soins au préalable et dans un délai inférieur à 6 semestres.
 Je suis titulaire du CAS en Qualité et en Sécurité des soins: dimensions opérationnelles et je souhaite participer au **DAS en Qualité et en Sécurité des soins (option passerelle)** et m'engage à verser la somme de CHF 6'500.- dès réception de la confirmation de mon inscription.
 Je prends note que je devrai valider le module "Enjeux des systèmes de santé et qualité des soins du CAS en Qualité des soins", les 5 modules du CAS en Sécurité des soins et le travail de fin de DAS.
 Je souhaite participer au(x)
 Module 1 Module 2 Module 3 Module 4 Module 5
 du **CAS en Qualité des soins** et m'engage à verser la somme correspondante de CHF 1'300.- par module, dès réception de la confirmation de mon inscription.
 Je souhaite participer au(x)
 Module 1 Module 2 Module 3 Module 4 Module 5
 du **CAS en Sécurité des soins** et m'engage à verser la somme correspondante de CHF 1'300.- par module, dès réception de la confirmation de mon inscription.

CONDITIONS D'ANNULATION

Tout abandon avant le début du programme entraîne une facturation d'un montant de CHF 400.- pour frais de dossier. Dès le 1er jour de la formation, la totalité de la somme est due. Les données sont traitées de manière strictement confidentielle dans le respect de la législation applicable en matière de protection des données. Les dossiers incomplets ne sont pas traités.

La signature de ce formulaire confirme que les réponses aux questions posées sont véridiques et complètes.

Date:Signature (manuscrite):