

FORMULAIRE DE CANDIDATURE DU MASTER SANTE PUBLIQUE, JKZ

Année Universitaire **2026-2027**

Date d'inscription :/...../.....

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Madame

☐

Mademoiselle

☐

Monsieur

☐

Nom :

Prénom(s) :

Date de Naissance :

Lieu :

Profession :

Adresse postale :

Email :

Tél :

IDEE SUR LE CHOIX DE VOTRE SPECIALITE :

Vous souhaitez vous spécialiser en :

. Politique, planification et management de la santé ☐

. Gestion de la sécurité sanitaire ☐

. Epidémiologie, bio statistique, recherche en santé ☐

. Économie de la santé ☐

. Santé mentale ☐

. Promotion, Prévention et protection de la santé ☐

. Hygiène hospitalière, qualité des soins et sécurité des patients ☐

FORMATION UNIVERSITAIRE :

Année Universitaire	Ecole/Université	Intitulé de la formation	Diplôme Obtenu

FORMATION POST-UNIVERSITAIRE :

Année postuniversitaire	Ecole/Université	Intitulé de la formation	Diplôme Obtenu

POSTES DE TRAVAIL OCCUPES :

Emploi actuel :

Fonction du poste :

Lieu de travail :

Nom et adresse de l'employeur :

Type de travail: Durée: du..... /.... /.... Au/...../.....

Résumé de vos responsabilités et de vos activités :

Emploi précédent (le dernier poste) :

Fonction du poste :

Lieu de travail :

Nom et adresse de l'employeur :

Type de travail : Durée : du/...../.... Au/...../....

Résumé de vos responsabilités et de vos activités :

DOCUMENTS A TELECHARGER:

Veuillez transmettre/déposer les documents suivants :

- ❖ Curriculum Vitae
- ❖ Diplômes & attestations
- ❖ Relevés de notes
- ❖ Lettre de motivation
- ❖ Lettre de recommandation

FINANCEMENT :

Vous comptez financer votre formation par :

- ❖ Financement propre ☐
- ❖ Bourse d'études
 - Obtenue ☐
 - Pas encore ☐
 - Commentaire (réservé à ceux qui ont besoin de la pré-inscription pour obtenir la bourse)

- ❖ Employeur ☐

REFERENCES :

Veuillez nous indiquer **trois (03)** personnes vous servant de références :

- | | |
|-------------------|--------------------|
| a) <u>Nom</u> : | <u>Prénom(s)</u> : |
| <u>Fonction</u> : | |
| <u>Tél</u> : | <u>Email</u> : |
| | |
| b) <u>Nom</u> : | <u>Prénom(s)</u> : |
| <u>Fonction</u> : | |
| <u>Tél</u> : | <u>Email</u> : |
| | |
| c) <u>Nom</u> : | <u>Prénom(s)</u> : |
| <u>Fonction</u> : | |
| <u>Tél</u> : | <u>Email</u> : |

Je certifie que les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et sincères.

Fait à....., le/...../.....

Signature