



FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Universités Infirmières 2019 SFETD

Annuellement, la SFETD organise et permet à des professionnels de santé paramédicaux de bénéficier des universités infirmières en prenant en charge les frais de cette manifestation. (Logement, repas et trajet)

Il est **indispensable** que chaque participant **respecte les horaires d'arrivée et de départ** afin de permettre le bon déroulé du programme des universités.

L'hébergement est en chambre double. Cependant il est possible de demander une chambre seule (dans la limite des places disponibles, le supplément de 34 euros par nuit reste à votre charge).

Tout dossier incomplet ou adressé hors délai ne pourra être pris en compte

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Adresse personnelle :	
Tél. personnel :	Portable :
e-mail perso (non diffusé)	
Adresse professionnelle	
Tél. professionnel :	Portable :
e-mail pro :	
Position statutaire du candidat (salarié du privé, stagiaire, titulaire de la fonction publique, profession libérale...)	
Titre(s) et diplômes acquis ou en cours d'acquisition (DU, DIU...) en lien avec la prise en charge de la douleur <i>Précisez l'année d'acquisition</i>	

Infirmier Ressource Douleur (IRD)

- en poste transversal identifié IRD depuis :
- en Consultation ou Centre d'Evaluation et Traitement de la Douleur depuis :
- mixte (transversal + consultation/centre) depuis :
- Exercice libéral

Activité à temps plein ou à temps partiel (à préciser :

je déclare être membre de la SFETD

Attention : si vous envoyez ce dossier sans être membre SFETD au préalable, vous vous engagez à devenir membre et à payer l'adhésion annuelle. cf site SFETD

Je m'engage à respecter les horaires d'arrivée et de départ des universités.

Cette année, possibilité des quelques chambres seules avec supplément de 34 euros **par nuit à la charge du participant.**

Chambre seule souhaitée

je m'engage à régler les frais supplémentaires de la chambre seule

Chef de service :

Nom :

Prénom :

Tél :

e-mail :

Responsable hiérarchique infirmier :

Nom :

Prénom :

Tél :

e-mail :

Avis du responsable hiérarchique infirmier :

Date :

Signature :

Lettre de motivation du candidat :

Date :
Signature :