

# DOSSIER DE CANDIDATURE

## Executive MBA Santé



Cadre réservé à l'administration

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Dossier reçu le : \_\_\_\_\_ Date d'entretien le : \_\_\_\_\_

Admis(e)

Liste d'attente

Refusé(e)

# Conditions d'admission

Cette formation s'adresse à des cadres voulant occuper des postes à responsabilités élargies dans le secteur de la santé et du médico-social. Elle accueille soit des cadres déjà en poste dans le secteur de la santé et des organisations qui y sont liées, soit des personnes en reconversion professionnelle cherchant dans ce secteur des opportunités de carrière. Pour postuler, il est nécessaire d'avoir au minimum 5 an d'expérience professionnelle et un niveau de diplôme correspondant au moins à Bac+4.

Les sélections se feront sur dossier et sur entretien individuel avec un jury composé de l'équipe dirigeant le MBA et de deux représentants du corps professoral.

L'objectif de l'entretien est d'apprécier les aptitudes professionnelles et personnelles du candidat ainsi que sa motivation.

La commission de sélection est seule habilitée à prononcer les admissions définitives.

## dossier à retourner

- **Par Voie Postale**

Université Paris-Dauphine-Tunis  
Service Formation Continue

20, Rue Baudelaire, El Omrane | Tunis,  
Tunisie

- **Par email**

santefc@dauphine.tn

**Pour toutes questions, n'hésitez  
pas à nous contacter !**

Takwa REZGUI  
Coordinatrice Formation Continue  
[takwa.rezgui@dauphine.tn](mailto:takwa.rezgui@dauphine.tn)  
71 957 857



## INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance (département) : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse Personnelle :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. Personnel : \_\_\_\_\_

Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Email Personnel :

\_\_\_\_\_

Sur quelle adresse, devons-nous communiquer :

Adresse personnelle

Adresse professionnelle

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Intitulé de votre emploi actuel ou de votre dernier poste occupé :

\_\_\_\_\_

Statut : \_\_\_\_\_

Nom et raison sociale de votre entreprise : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Secteur d'activité : \_\_\_\_\_

Effectif : \_\_\_\_\_

Adresse Professionnelle : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél. Professionnel : \_\_\_\_\_

Email Professionnel :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

Nom de votre établissement :

Fonction dans l'établissement :

Nombre de personnes sous votre responsabilité :

Situation professionnelle antérieure :

## CORRESPONDANT DANS L'ÉTABLISSEMENT

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Email :

## SIGNATAIRE DE LA CONVENTION

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Email :

## FORMATIONS

Baccalauréat	Année d'obtention	Mention

Diplôme, spécialité	Année d'obtention	Établissement / Ville

## LANGUE(S) PRATIQUÉ(ES)

Langue	Parfaite maîtrise	Maîtrise convenable	Maîtrise imparfaite	Niveau débutant

Ecrivez «Oui» dans la case correspondant à votre niveau / Merci d'indiquer votre langue maternelle

## EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Description de votre principale mission assurée actuellement et des responsabilités qu'elle recouvre :

Nombre de personnes encadrées :                      dont                      cadres.

## VOS ATTENTES

Comment envisagez-vous l'évolution de votre carrière ?

## VOS ATTENTES

Qu'attendez-vous de la formation Executive MBA Santé ?

Comment avez-vous connu cette formation ?

Indiquez les candidatures envisagées dans d'autres cursus :

# PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION

Le coût de la formation est pris en charge :

• Par l'employeur  en totalité  partiellement : .....DNT

• Par le stagiaire, à titre individuel  en totalité  partiellement : .....DNT

Coordonnées Financier (HORS ETABLISSEMENT) :

Organisme : .....

Nom et Prénom de la personne en charge du dossier : .....

Fonction dans l'entreprise : .....

Rue : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Fax : .....



# PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA FORMATION (SUITE)

A remplir par le financeur (ETABLISSEMENT ou à TITRE INDIVIDUEL) :

Je soussigné(e) :    Monsieur                       Madame                       Mademoiselle

Nom et Prénom : .....

Fonction : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....

Atteste que le coût de la formation de : .....

Sera pris en charge par : .....

En totalité à hauteur de ..... DNT par notre établissement.....

et le solde d'un montant de : ..... DNT par : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé» :

Etablissement : ..... Le stagiaire : .....

## PROCÉDURE D'ADMISSION

### Droit d'accès au fichier informatique

Des renseignements personnels vous sont demandés dans le dossier d'inscription. L'Université Paris-Dauphine Tunis s'engage, conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à prendre toutes les précautions nécessaires pour qu'aucune information personnelle ne puisse être transmise à des tiers non habilités.

Conformément à l'article 3 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne a le droit de connaître les informations enregistrées la concernant.

Date :

Nom et prénom du candidat :

Signature :

Veillez préciser si vous consentez ou si vous vous opposez à la transmission de votre adresse, votre numéro de téléphone et votre date de naissance à l'association des diplômés de Dauphine, aux organismes professionnels afin de leur permettre de communiquer avec vous.

Jesuis d'accord

Je m'oppose

## DÉCLARATION

Je certifie que les déclarations faites par moi en réponse aux questions ci-dessus sont, dans la mesure où je puisse en être certain(e), vraies, complètes et exactes.

Date :

Signature :

## DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER

- un **curriculum vitae** (3 exemplaires),
- une **lettre de demande d'admission** adressée aux directeurs du programme, précisant les motivations du candidat,
- une(des) **attestation(s) de travail** relative(s) à l'expérience des 4 dernières années,
- pour les candidats financés par leur établissement : une attestation de prise en charge totale ou partielle,
- **2 photocopies des diplômes obtenus** depuis le baccalauréat, (traduits en français par un traducteur agréé),
- une **photocopie de la carte d'identité ou du passeport**,
- **2 photos d'identité récentes**, indiquant vos nom et prénom au dos,
- une **copie de la carte d'identité nationale**.

# Signature

Signature du candidat (obligatoire) :

Date du jour :

*Le candidat certifie par sa signature l'exactitude de l'ensemble des informations précédentes.  
Toute fausse information entraînera automatiquement le rejet de sa candidature.*

## DoSSier à retourner

Vous avez terminé de remplir votre dossier de candidature, vous pouvez maintenant nous l'envoyer par voie postale ou par mail.  
**n'oubliez pas de joindre toutes les pièces demandées (Page 11).**

- **Par Voie PoStaLe**  
Université Paris-Dauphine  
Service Formation Continue  
20, Rue Baudelaire, El Omrane | Tunis
- **Par eMail**  
santefc@dauphine.tn