****DOSSIER INDIVIDUEL FORMATION CONTINUE****

**Formation :**

**Diplôme d’Université « *EXPERTISE, AUDIT, STRATEGIE FINANCIERE ET TERRITORIALE* »**

**Année universitaire 2019-2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **CADRE RESERVE AU SEFCA** | |
| **N° FORMATION :** **42SB045H** | **N° CONVENTION :** |

**Afin de permettre un traitement administratif échelonné des demandes, nous vous remercions de transmettre votre dossier de candidature dans les meilleurs délais et sans attendre la date limite. Ne sont examinés que les DOSSIERS COMPLETS (informations et pièces jointes demandées)**

**Le dossier de candidature dûment complété doit être transmis avant le 1 juillet 2019 à l’adresse suivante :**

**Université de Bourgogne - SEFCA**

**Madame Céline MECHIN**

**Maison de l'Université - Esplanade Erasme - BP 27877 - 21078 DIJON Cedex**

**BP 27877 - 21078 DIJON Cedex**

***NB : Un accusé de réception du dossier sera adressé***

|  |  |
| --- | --- |
| **PIECES A JOINDRE (ENVOI COURRIER)** | |
| 1 CV  1 photocopie de la carte d’identité  2 photos d’identité (dont 1 ci-dessous) | 1 lettre de motivation  1 photocopie de la carte vitale  1 copie du diplôme le plus élevé obtenu |

J’autorise le SEFCA à utiliser mon adresse électronique pour m’informer des nouvelles offres de formation : oui  non

|  |  |
| --- | --- |
| **ETAT CIVIL** | |
| Monsieur  Madame  Nom : ………………………………………………..............................................  Prénom : ………………………………………………………………………………………..  Nom de jeune fille : ………………………………………………………………………. | *1 photo d’identité à coller* |
| Numéro INE : ………………………………………………………………………………… ou numéro BEA (inscrit sur relevé de notes du BAC / recherche sur SIBAC possible).  Adresse : ..…………………………………………………………………………………………………………………………………………....  Code postal : \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Ville : ………………………………………………………………………………  Téléphone | Domicile : …………………………………………….. Portable : ..……………………………………………………  Professionnel : …………………………………………….. Courriel : …………………………………………………………………..  Reconnu(e) comme travailleur handicapé : oui  non  Nationalité : française  union européenne  autre  (précisez) ………………………………….….  Né(e) le : \_\_/ \_\_**/** \_\_/ \_\_**/** \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Commune de naissance : ………………………………………….….  Département ou Pays : …………………………………………………………………………………………………………………………  Dernier emploi occupé (intitulé et fonction) : …………………………………………………………………………………….…  Durée totale de votre activité professionnelle : ……………………………………………………………………….………….. (hors stages pratiques et quels que soient les statuts ou contrats) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCORD PEDAGOGIQUE :** | **LE :** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACQUIS DE FORMATION** | | | | | |
| **Cursus de formation : préparation et diplôme(s) obtenu(s)** *Commencez par le diplôme et le niveau le plus élevé sans oublier de mentionner si vous avez obtenu le baccalauréat.* | | | | | |
| **Année** | **Diplôme ou examen préparé + établissement fréquenté** | **Formation** | | **Résultat** | |
| **Initiale** | **Continue** | **Succès** | **Echec** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Autres formations actuellement préparées : ……………………………………………………………………….……………….  Stages de formation continue effectués : .…………………………………………………………………………………………….  Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ? Précisez (exemple : presse, internet, relation personnelle,…) : | | | | | |

|  |
| --- |
| **VALIDATION D’ACQUIS PROFESSIONNELS (VAP)** |
| Procédure(s) spécifique(s) visant à dispenser des diplômes et titres requis pour accéder à une formation. Un dossier particulier doit être renseigné : |
| Demande de VAP : oui  non |

|  |
| --- |
| **REGLEMENT INTERIEUR DU SEFCA** |
| Ce document est téléchargeable sur le site du SEFCA, dans la rubrique infos pratiques, à l’adresse suivante <http://sefca.u-bourgogne.fr/images/stories/I014A_-_Règlement_intérieur.pdf> ou peut vous être délivré sur simple demande auprès de votre correspondant au SEFCA.  Je soussigné(e) certifie avoir eu connaissance du règlement intérieur du SEFCA.  Dijon, le : ...............................  Signature : |

|  |
| --- |
| **SI VOUS ETES DEMANDEUR D’EMPLOI, REMPLIR LE CADRE SUIVANT :** |
| Agence locale pour l’emploi dont vous dépendez : ……………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………..  Numéro identifiant Pôle-Emploi (PE) : …………………………………………………………………………………………………..  Date inscription PE : \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/ Date de fin du dernier contrat de travail : \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_/  Quel statut avez-vous (ARE, RSA, ASP, autres) ? …………………………………………………………………………………… |
| **SI VOUS BENFICIEZ D’UNE PRISE EN CHARGE MERCI DE REMPLIR LE CADRE N°3 (de la Page 3)** |

MODALITES DE FINANCEMENT

Les frais de formation s’élèvent à 4 000 €, hors frais d’inscription à l'Université (environ 195 € payables en septembre de chaque année)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FINANCEMENT SUPPORTE PAR LE STAGIAIRE (CADRE 1)** | | |
| **Formation à titre personnel, à remplir si vous réglez la totalité ou partiellement la formation.** | | |
| En totalité | En partie  => Renseigner le financement de l’employeur (cadre 2) | |
| Montant des droits d’inscription : euros payables à l’inscription.  Montant des frais de formation pris en charge par le stagiaire : euros  Pour la facturation, une seule facture avec ou sans échéancier, soit paiement :   en une fois  en deux fois  en trois fois | | |
| **Date :** | | **Signature obligatoire :** |

**Les deux cadres suivants sont à faire remplir par votre employeur le cas échéant :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FINANCEMENT SUPPORTE PAR L’EMPLOYEUR (CADRE 2)** | | |
| **Question préalable : L’employeur a-t-il été informé de votre démarche : oui  non**  **Si oui, merci de faire compléter le cadre ci-dessous ainsi que ceux présents en PAGE 4.** | | |
| En totalité | En partie  => Renseigner le financement du stagiaire (cadre 1) | |
| Montant des droits d’inscription : euros pris en charge par l’employeur.  Montant des frais de formation pris en charge par l’employeur: euros  Financement entreprise : Facturation par année civile  Concernant les pièces jointes à la facturation :  soit les feuilles d’émargement  soit une attestation globale de présence / directeur SEFCA | | |
| **Date :** | | **Signature obligatoire :  Cachet obligatoire** |

|  |
| --- |
| **FINANCEMENT SUPPORTE PAR UN ORGANISME FINANCEUR (CADRE 3)** |
| Une demande a-t-elle déjà été faite à l’Organisme financeur : oui  non  **Si oui merci d’indiquer** : |
| Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal : \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Ville : ………………………………………………………………………………………..  Téléphone : ………………………………………..…………….. Télécopie : ………………………………………………………  Courriel : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Correspondant : ………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| Demande de prise en charge par l’OPCO envoyée le :  **(au plus tard, dans la semaine d’ouverture de la formation)** |
| **Si la prise en charge de l’organisme financeur ne nous est pas parvenue dans les trois**  **mois suivants le début de la formation, la facture sera alors adressée à l’employeur qui devra**  **la régler et se faire rembourser par son OPCO.** |
| **MERCI DE BIEN VOULOIR JOINDRE A CE DOSSIER LA COPIE DE LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE ORGANISME FINANCEUR. A DÉFAUT, MERCI DE NOUS LA FAIRE PARVENIR DÈS RECEPTION.** |

COORDONNÉES DE VOTRE EMPLOYEUR :

|  |
| --- |
| **EMPLOYEUR PRINCIPAL** |
| Nom de l’entreprise : ………………………………………………………………..………………………………………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal : \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Ville : ………………………………………………………………………………………..  Téléphone : ………………………………………..…………….. Télécopie : ………………………………………………………  Courriel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **Secteur d’activité (obligatoire) :** …………………………………………………… Nombre de salariés : …………..  **Numéro SIRET (obligatoire) :** ………………………………………………………… NAF ou APE : ………………………  Correspondant :  Nom : ……………………………………………. Prénom : ……………………………………….  Fonction : ………………………………………. Mail : ……………………………………………. |

**REMPLIR LES OU l’UN DES CADRES SUIVANT SI DIFFERENT DE L’EMPLOYEUR PRINCIPAL**

|  |
| --- |
| **STRUCTURE SIGNATAIRE DE LA CONVENTION** |
| Nom de l’entreprise : ………………………………………………………………..………………………………………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal : \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Ville : ………………………………………………………………………………………..  Téléphone : ………………………………………..… Courriel : ………………………………………………………………………….  **Secteur d’activité (obligatoire) :** …………………………………………………… NAF ou APE : ………………………  **Numéro SIRET (obligatoire) :** ………………………………………………………… |
| **STRUCTURE DESTINATAIRE DE LA FACTURE** |
| Nom de l’entreprise : ………………………………………………………………..………………………………………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal : \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Ville : ………………………………………………………………………………………..  Téléphone : ………………………………………..… Courriel : ………………………………………………………………………….  **Secteur d’activité (obligatoire) :** …………………………………………………… NAF ou APE : ………………………  **Numéro SIRET (obligatoire) :** ………………………………………………………… |
| **STRUCTURE PAYEUSE** |
| Nom de l’entreprise : ………………………………………………………………..………………………………………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal : \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ \_\_/ Ville : ………………………………………………………………………………………..  Téléphone : ………………………………………..… Courriel : ………………………………………………………………………….  **Secteur d’activité (obligatoire) :** …………………………………………………… NAF ou APE : ………………………  **Numéro SIRET (obligatoire) :** ………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| *Les informations recueillies dans ce dossier font l’objet d’un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des étudiants. Les destinataires des données sont les services de l’université. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au Service Commun de Formations Continue et par Alternance.* |