

ANNEXE I

**FORMULAIRE D'APPLICATION A LA
FORMATION RÉGIONALE SUR LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DIAGNOSTIQUES
DES MALADIES ÉMERGENTES ET RÉÉMERGENTES EN AFRIQUE
Du 05 Février au 02 Mars 2024**

Partie I (À compléter par le(la) candidate(e))

(Nom et post-nom)

(Prénom)

1. Noms : _____

2. Sexe : Homme Femme

3. Date de naissance : -----

4. Etat civil : -----

5. Nationalité : -----

6. Titre / Poste de Travail : -----

7. Date de naissance : _____

8. Adresse : _____

6. Numéro du passeport : _____

7. E-mail: _____

8. Tel: _____



NB : Le(s) numéro(s) de téléphone, l'adresse e-mail et l'adresse physique du participant pour doivent être valides pour une correspondance rapide et efficace entre les organisateurs du de la formation et le(la) participant€ sélectionné (e) à la formation.

9. Noms et adresse de la personne à informer en cas d'urgence:

Tel.: _____

E-mail: _____

10. Etudes faites :

Institut/université	Lieu	période		Diplôme	Domaine d'étude
		du	à		
1.					
2.					
3.					

11. Informations sur le travail :

Poste actuel :

Nom de l'organisation : _____

Adresse de l'organisation : _____

Position actuelle: _____

De : _____ à : _____

Poste précédent :

Nom de l'organisation : _____

Adresse de l'organisation: _____

Titre : _____

De : _____ -à : _____

Décrivez brièvement la mission de votre organisation et le service qu'elle fournit.

Décrivez votre propre travail.

Expliquez en quoi la formation proposée vous sera bénéfique dans le travail que vous effectuerez à votre retour.

Listez brièvement les sujets que vous comptez aborder lors de cette formation.

12. EXPERIENCES

Partie II (à compléter par le responsable de l'organisation)

.....

(Nom du responsable de l'organisation)

.....

(Pays)

Je certifie que les informations fournies par le (la) candidat(e) sont vraies, correctes et complètes.

..... / 2024

(Signature du responsable - Date)

PART III

(À compléter par l'autorité attitrée du Gouvernement)

1. NOMINATION OFFICIELLE

En tant quedu Gouvernement de, je certifie que :

- A. J'ai examiné les certificats/diplômes d'études, les titres professionnels et autres informations citées par le (la) candidat (e) dans la partie I de ce formulaire et je confirme qu'ils sont authentiques et se rapportent au candidat.

- B. J'ai examiné le certificat médical fourni par le (la) candidat (la) et qui déclare qu'il (elle) est médicalement apte et indemne de toute maladie infectieuse, n'a pas d'antécédents physiques et mentaux pouvant empêcher son voyage et sa formation en RDC.

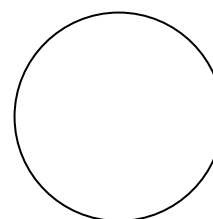
.....

Signature

Position.

Date:

Organisation:



Cachet officiel

2. CORRESPONDENCE : *(Veuillez indiquer la personne et l'adresse à laquelle toute correspondance concernant ce formulaire peut être adressée.)*

.....
.....
.....