|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIVERSITE JOSEPH KI-ZERBO****UFR SCIENCES DE LA SANTÉ****DÉPARTEMENT SANTÉ PUBLIQUE****Coordination du Master Santé Publique** |  | **BURKINA FASO****--------------------***Unité - Progrès - Justice* |
|  |  |  |

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE DU MASTER SANTE PUBLIQUE, UJKZ**

Année Universitaire **2022-2023**

Date d’inscription : ……/…./…..

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :**

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom : Prénom(s) :

Date de Naissance : Lieu :

Nationalité :

Profession :

Adresse postale :

Email : Tél :

**IDEE SUR LE CHOIX DE VOTRE SPECIALITE :**

Vous souhaiterez vous spécialiser en :

. Politique, planification et management de la santé . Promotion, Prévention et protection

 de la santé 

. Epidémiologie, bio statistique, recherche en santé 

**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 OCCCUPES :**

**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 :

**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 :

1. Nom : Prénom(s) :

Fonction:

Tél : Email :

1. Nom : Prénom(s) :

Fonction :

Tél : Email :

1. Nom : Prénom(s) :

Fonction :

Tél : Email :

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

Fait à………………………………………………………………………………………………………, le ………………/………………. /……………

 Signature