



Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

# FORMULAIRE DE CANDIDATURE Universités Infirmières 2011

|  |   |
|--|---|
| <b>Nom :</b><br><b>Prénom :</b>  | <b>Date de naissance :</b><br><b>Lieu de naissance :</b>  |
| <b>Adresse personnelle :</b>   |   |
| <b>Tél. pers. :</b><br><b>Fax :</b>  | <b>Tél. pers. :</b><br><b>e-mail :</b>                    |
| <b>Adresse professionnelle</b>   |   |
| <b>Tél. prof. :</b><br><b>Fax :</b>  | <b>Tél. prof. :</b><br><b>e-mail :</b>                    |
| <b>Position statutaire du candidat (salarié du privé, stagiaire, titulaire de la fonction publique...)</b>   |   |
| <b>Titre(s) et diplômes acquis ou en cours d'acquisition (DE, DU, DIU...)</b>  |   |
| <b>Infirmier Ressource Douleur</b><br><br><input type="checkbox"/> en poste transversal depuis :<br><input type="checkbox"/> en consultation depuis :<br><input type="checkbox"/> mixte (transversal + consultation ) depuis : |   |
| <b>Lieux d'exercice</b><br><br><input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> Clinique<br><br><input type="checkbox"/> Réseau <input type="checkbox"/> Autre :                              |   |
| Avez-vous un projet de recherche en soins<br>Si oui, lequel  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous un projet d'éducation thérapeutique<br>Si oui, lequel  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**Chef de service :**

Nom :

Prénom :

Tél :

Fax :

e-mail :

**Responsable hiérarchique infirmier :**

Nom :

Prénom :

Tél :

Fax :

e-mail :

**Avis du chef de service :**

Date :

Signature :

**Avis du responsable hiérarchique infirmier :**

Date :

Signature :

**Lettre de motivation du candidat :**