



FORMULAIRE D'INSCRIPTION Module de formation continue HES-SO

Maltraitance envers les personnes âgées : aspects et soins médico-légaux

Dossier de candidature			
☐ Formulaire d'inscription complété ☐ Lettre de motivation ☐ Copies des diplômes professionnels ☐ Photo récente ☐ Curriculum vitae (CV) ☐ Copie de la carte AVS ☐ Copie de la carte d'identité			PHOTO RECENTE
Validation du module □ avec □ sans			
Formation de base généraux			
Nom :	ail:		
Présence sur les réseaux sociaux : ☐ Facebo Formation de base	ok □ LinkedIn □	□ Autre □ Aucun	
	Année du titre	Nom de l'institutio	n de formation
Renseignements professionnels			
Profession:			
Fonction actuelle :			
Taux d'activité :			
Institution :			
Service :			
Tál professionnal			





l'exclusion de la HES-SO.



Facturation de l'écolage	
 ☐ À mon adresse privée ☐ Je souhaite une convention pour paiement échelon ☐ À l'attention de mon employeur : 	né (valable aussi pour l'employeur qui paye la formation)
☞ Merci de spécifier :	
A l'Att. de :	Institution:
Service / Département :	Adresse :
Facturation de la finance d'inscription : CH	F 100 (Facture envoyée séparément après réception du dossier)
☐ À mon adresse privée☐ À l'attention de mon employeur :	
A l'Att.de :	Institution:
Service / Département :	Adresse :
Conditions de désistement	
Tout désistement doit être annoncé <u>par écrit</u> au secréta	riat des formations continues postgrades.
dû à l'École.	es cours jusqu'à la veille du premier jour, 50 % du montant de l'écolage reste t la formation, la totalité du montant de l'écolage reste dû.
Comment avez-vous eu connaissance de co	ette formation ?
□ Séance d'information à La Source □ Salons □ Congrès □ Conférences □ Site Internet de La Source □ E-mail □ Courrier postal □ Publicité □ Google ou outres sites web □ Employeur □ Collègues □ Autre	
☐ Je certifie l'exactitude des renseignements ci-de	essus
Lieu et date :	Signature :
N.B. : En soumettant ce dossier de candidature, j'autorise la HES-SO à requ des écoles préalablement fréquentées et j'autorise ces dernières à fo	uérir des informations complémentaires dans le cadre du traitement de ma candidature auprès urnir les informations me concernant.

Veuillez retourner votre dossier de candidature dûment complété et signé, par courrier ou par e-mail à :

Madame Melody Gut

Attention : Toute information erronée ou remise de document falsifié peut conduire au refus définitif d'admission, à l'annulation de l'immatriculation, respectivement

Secrétariat Unité de Médecine des Violences Centre universitaire romand de médecine légale Rue du Bugnon 44 - 1011 Lausanne Melody.Gut@chuv.ch Tél. 021 314 00 60 (Lu-Ve : 8h00-12h00)

