

Dossier de candidature Mai 2024 | Juillet 2025

Titre professionnel de niveau 7

Promo GEMMS 2024 Gestionnaire d'Établissement Médicaux et Médico-sociaux

| Date commission admissibilité :

| Décision commission :

A retourner par mail avec les pièces à joindre EN UN SEUL FICHER pdf

Cnam Paca

Magali DECUGIS

Tel : 06 99 40 87 23

magali.decugis@lecnam.net

<http://www.cnam-paca.fr>

(Coller ici votre photo)

| Nom :

| Prénom :

| Fonction actuelle :

Pièces à joindre au dossier

- ✓ 1 rapport d'expérience de 3 pages maximum présentant votre parcours professionnel, votre projet professionnel et vos motivations pour suivre le diplôme GEMMS
- ✓ 1 curriculum vitae
- ✓ 1 photo
- ✓ photocopie des derniers diplômes
- ✓ photocopie de la pièce d'identité ou du passeport
- ✓ certificats de travail justifiant d'au moins 3 ans d'expérience professionnelle dans le secteur sanitaire ou médico-social

Merci de remplir précisément chacune des rubriques



Identification du stagiaire

| Madame : Monsieur :

| Nom :

| Prénom :

| Nom de naissance :

| Nationalité :

| Date de naissance :

| Lieu et département de naissance :

| Adresse personnelle :

|

| Code postal et ville :

| Mail personnel :

| Téléphone personnel :

| Situation actuelle :

| Adresse personnelle : Salarié.e demandeur d'emploi autre :

Identification de l'employeur

| Nom établissement :

| Nom association, groupe ... :

| Type d'établissement :

| Type de publics accueillis, accompagnés ... :

| Nom responsable :

| Fonction :

| Mail :



Diplômes (par ordre décroissant)

Année	Etablissement	Diplôme	Mention

Résumé de la trajectoire professionnelle (par ordre décroissant)

Date d'entrée	Durée	Organisme	Fonction et nature des tâches effectuées

Fonction actuelle

Décrivez le plus précisément possible la nature des différentes tâches et missions que vous effectuez dans le cadre de votre fonction actuelle.



Modalités financières | Salarié.e

Droit d'inscription : 8 800 €

CPF + Abondement employeur

| Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :

| Montant complémentaire pris en charge par employeur :

| Nom de l'entreprise/établissement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

Plan de développement des compétences

| Nom de l'entreprise/établissement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

CPF de Transition

| Agence régionale de rattachement :

| Code postal Ville :

| Contact :

| Téléphone :

| Mail :

AUTRES CAS (A préciser) :

Attestation de prise en charge employeur

A remplir par l'employeur

| Je soussigné(e) Mme/M :

| Fonction :

| atteste la prise en charge des frais de formation de Mme/M. :

| pour un montant de :

| Contact :

| Fait à :

le :

| Mail :

Signature et cachet de l'employeur



Modalités financières | Demandeur d'emploi **Droit d'inscription : 8 800 €**

CPF + Abondement pôle emploi

| Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire : _____

| Demande de montant complémentaire pris en charge par pôle emploi : _____

| Nom de l'agence : _____

| Code postal Ville : _____

| Contact : _____

| Téléphone : _____

| Mail : _____

Contrat de professionnalisation

1 | Agence pôle emploi de rattachement

| Nom de l'agence : _____

| Code postal Ville : _____

| Contact : _____

| Téléphone : _____

| Mail : _____

2 | Entreprise/établissement

| Nom de l'entreprise/établissement : _____

| Code postal Ville : _____

| Contact : _____

| Téléphone : _____

| Mail : _____

Modalités financières | Demandeur d'emploi **Droit d'inscription : 4 400 €**

CPF + Abondement individuel

| Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire : _____

| Montant complémentaire pris en charge individuellement par le demandeur d'emploi : _____

AUTO-FINANCEMENT

AUTRES CAS (A préciser)