Dossier de candidature

Mai 2026 | juin 2027

Promo GEMMS 2026

Titre professionnel Niveau 7

Responsable d'Etablissements Médicaux et Médico-sociaux

Code RNCP [Code 36888] Code diplôme [CRN0300A]

| Date commission admissibilité :

| Décision commission :

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

- ✓ **Un rapport d'expérience de 3 pages maximum présentant votre parcours professionnel, votre projet professionnel et vos motivations pour suivre le diplôme GEMMS**
- ✓ Un curriculum vitae
- ✓ Une photo
- ✓ La photocopie des derniers diplômes
- ✓ La photocopie de la pièce d'identité ou du passeport
- ✓ Les 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 :

| Statut : 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

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 avec abondement — **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 sans abondement — **Droit d'inscription : 4 704 €**

❑ **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)**