**ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

**PROJET DE FORMATION PASSERELLE D’INFIRMIER - SECTEUR PUBLIC**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION (à remplir par le travailleur)**

**IDENTITE** : (en caractères d’imprimerie)

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° REGISTRE NATIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXE  : M / F \*

RUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° GSM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **SCOLARITE :**

Année scolaire dans laquelle vous avez obtenu le diplôme d’infirmier breveté ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous obtenu le diplôme d’infirmier breveté via le projet 600 du secteur public ?

\* Indiquer la réponse qui convient

|  |  |
| --- | --- |
| **OUI** | **NON** |
|  |  |

**PARCOURS PROFESSIONNEL** : au moins depuis le **1er septembre 2021** (expérience de minimum 3 ans dans une ou plusieurs institutions du secteur de soins (public ou privé) requise). Pour le secteur privé, joindre copie du contrat de travail.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’employeur** | **Fonction** | **Période du ... au ...** |
|  |  |  |
|   |  |  |

**TRAJET RACCOURCI**

Cette rubrique est à remplir **uniquement** si vous pouvez suivre un trajet raccourci (durée de moins de 3 ans) :

Nombre de crédits que vous avez obtenus : ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durée du trajet de formation que vous devez encore suivre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_/\_\_\_/2024 SIGNATURE DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez transmettre les formulaires **avant le** **1er avril 2024**  de préférence par e-mail à l’adresse maribel@onss.fgov.be

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**