



Consorzio per la Formazione Internazionale



Istituto Nazionale per il
Commercio Estero

**47ème COURS DE PERFECTIONNEMENT EN FONCTIONS
TECHNIQUES ET DE DIRECTION D'ENTREPRISES
27 AVRIL - 3 JUILLET 2009**



DEMANDE D'ADMISSION AU COURS

DECLARATION DE L'EMPLOYEUR

LE _____ ORGANISATION (NOM EN TOUTES LETTRES)				
SIEGE CENTRAL _____ RUE		CODE POSTAL _____		VILLE _____
PAYS _____	INDICATIF _____	TEL. _____	FAX _____	E-MAIL _____
PROPOSE _____ NOM DU CANDIDAT				
SECTEUR DE PERFECTIONNEMENT _____				
MOTIVATIONS _____ _____ _____				
DATE _____		SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ORGANISATION _____		

LA DEMANDE DOIT ETRE ADRESSEE A:

<p>Consorzio per la Formazione Internazionale - CFI Via XX Settembre, 3 00187 - Roma Tel.: +39 06. 6976 01 Fax: +39 06 6976 0199 E mail: cfiroma@tiscali.it / info@cfiroma.org et à l'Ambassade ou le Consulat Italienne AU PLUS TARD LE 30 MARS 2009</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"> <p>PHOTO DU CANDIDAT</p> </div>
--	---

N.B.: LA DEMANDE DOIT ETRE REMPLIE EN CARACTERES D'IMPRIMERIE OU A LA MACHINE ET ENVOYEE DE PREFERENCE PAR LA POSTE OU PAR COURRIER ELCTRONIQUE

DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE:
A) CURRICULUM PERSONNEL DETAILLE
B) COPIE DES CERTIFICATS ET DES DIPLOMES ATTESTANT LES ETUDES ACCOMPLIES
C) DECLARATION DE RAPATRIER A LA FIN DU COURS

LA DOCUMENTATION JOINTE NE SERA PAS RENDUE AUX INTERESSES

FICHE DE RENSEIGNEMENT INDIVIDUELLE

NOM		PRENOM		SEXE	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<i>ADRESSE PERSONNELLE</i>					
RUE: _____					
CODE POSTAL: _____		VILLE: _____		PAYS: _____	
<i>TELEPHONE</i>					
INDICATIF: _____		NUMERO TEL: _____		FAX: _____	
E-MAIL: _____					
PAYS ET LIEU DE NAISSANCE		DATE DE NAISSANCE	AGE	NATIONALITE	ETAT CIVIL

FORMATION SCOLAIRE (indiquer en premier le diplôme de niveau supérieur, puis les autres)

DIPLOME	LYCEE ET UNIVERSITE	DUREE

INSCRIPTION A DES TABLEAUX D'ORDRE PROFESSIONNELLES OU AUTRES ORGANISMES NATIONAUX OU INTERNATIONAUX

SEJOURS A L'ETRANGER POUR ETUDES OU RAISON PROFESSIONNELLES

PAYS	MOTIFS	PERIODE

EMPLOI ACTUEL

NOM DE L'EMPLOYEUR (EN TOUTES LETTRES)
<i>ADRESSE COMPLETE DU LIEU DE TRAVAIL</i>
RUE: _____
CODE POSTAL: _____ VILLE: _____ PAYS: _____
<i>TELEPHONE</i>
INDICATIF: _____ N° DE TELEPHONE : _____ FAX: _____ E-MAIL: _____
INDIQUER LE SECTEUR D'ACTIVITE DE L'ENTREPRISE:
DESCRIPTION DES FONCTIONS ACTUELLEMENT EXERCEES ET DU DEGRE DE RESPONSABILITE PERSONNELLE
ACTUEL POSTE OCCUPE
EVENTUEL POSTE FUTUR

EXPERIENCES PROFESSIONNELLES DES CINQ DERNIERES ANNEES

ENTREPRISE	PERIODE	FONCTION

DESCRIPTION DU PROGRAMME DE PERFECTIONNEMENT QUE LE CANDIDAT DESIRE SUIVRE

<p>SECTEUR DE PERFECTIONNEMENT</p>
<p>SUJETS QUE LE CANDIDAT DESIRE APPROFONDIR PENDANT LES STAGES EN RAPPORT AVEC LES EXPERIENCES DE FORMATION DÉJA RÉALISÉES</p>
<p>OBJECTIFS PERSONNELS ET DE L'ENTREPRISE</p>

DECLARATION DU CANDIDAT SUR LE MODE DE FINANCEMENT DE LA PARTICIPATION AU COURS

<p>LE CANDIDAT DEMANDE-T-IL L'OCTROI D'UNE BOURSE?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI</p>	<p>AU CAS OU IL NE SERAIT PAS POSSIBLE D'OCTROYER UNE BOURSE CFI OU MAE , PRECISER SI LE CANDIDAT PEUT PARTICIPER AU COURS AVEC UNE BOURSE OCTROYEE PAR D'AUTRES ORGANISMES, OU A SES PROPRES FRAIS</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>LE CANDIDAT, SON EMPLOYEUR OU BIEN UN AUTRE ORGANISME PEUVENT-ILS PRENDRE EN CHARGE LES FRAIS DE VOYAGE DU PAYS D'ORIGINE A ROME ET RETOUR?</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI SI OUI, INDIQUER QUI</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--	--

<p>DE QUELLE MANIERE LE CANDIDAT A-T-IL ETE INFORME DE CE PROGRAMME?</p>
--

<p>LE SOUSSIGNE DECLARE QU'IL A PRIS CONNAISSANCE DU PROGRAMME RELATIF A CE COURS ET QU'IL ACCEPTE LES CONDITIONS ET LES TERMES. IL DECLARE, EN OUTRE, QUE LES DONNEES PERSONNELLES ET LES INFORMATIONS QU'IL A FOURNIS DANS CETTE DEMANDE DE CANDIDATURE SONT CONFORMES A LA VERITE ET COMPLETES, ET PEUVENT ETRE TRAITEES ET COMMUNIQUEES A DES TIERS AUX TERMES DE LA LOI 31(12)1996, N°675</p> <p>DATE _____ SIGNATURE _____</p>
--

CONNAISSANCE DES LANGUES ETRANGERES

	COMPREHENSION		ELOCUTION		ECRITURE	
	BONNE	FAIBLE	BONNE	FAIBLE	BONNE	FAIBLE

ATTESTATO DI CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA

LA SCUOLA (DENOMINAZIONE E INDIRIZZO)	
DICHARA CHE IL CANDIDATO HA FREQUENTATO I CORSI DI LINGUA ITALIANA DELLA DURATA DI	
OTTENENDO I SEGUENTI RISULTATI	
DATA	FIRMA E TIMBRO

CERTIFICATE OF KNOWLEDGE OF THE ENGLISH LANGUAGE

THE SCHOOL (NAME AND ADDRESS)	
DECLARES: TEST PASSED (ABILITY TO UNDERSTAND AND TO SPEAK)	
RESULTS	
DATE	SIGNATURE

CERTIFICAT MEDICAL

NOM DU CANDIDAT	
L'INTERESSE EST-IL ACTUELLEMENT EN BONNE SANTE?	
SOUFFRE-T-IL OU A-T-IL SOUFFERT DE MALADIES POUVANT NECESSITER UN TRAITEMENT PENDANT LE COURS?	
EST-IL PHYSIQUEMENT ET PSYCHOLOGIQUEMENT EN MESURE D'AFFRONTER UN COURS INTENSIF EN UN LIEU ELOIGNE DE SON PAYS D'ORIGINE?	
EST-IL A L'ABRI DE MALADIES CONTAGIEUSES POUVANT PORTER ATTEINTE A SON INTEGRITE PHYSIQUE AINSI QU'A CELLE DES AUTRES?	
EXAMINES CLINIQUES EFFECTUES	
NOM DU MEDECIN	
ADRESSE EXACTE OU LIEU EXERCE LE MEDICIN	
DATE	SIGNATURE ET CACHET