

**DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE SOINS INFIRMIERS D'URGENCE**  
**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007–2008**

**ACTE DE CANDIDATURE**

**NOM :**

**ÉPOUSE :**

**PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**DATE DU D.E. :**

**LIEU DE TRAVAIL ACTUEL :**

HOPITAL :

SERVICE :

**FORMATION PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR :**

OUI<sup>(1)</sup>

NON<sup>(1)</sup>

**MAINTIENDREZ-VOUS VOTRE INSCRIPTION EN CAS D'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE ?**

OUI<sup>(1)</sup>

NON<sup>(1)</sup>

**PRÉ-CHOIX DES MODULES OPTIONNELS<sup>(2)</sup> :**

MODULE PRÉ-HOSPITALIER/SAU

MODULE SANTÉ PUBLIQUE SAPEUR-POMPIER

**NOMBRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION À CE D.U. DÉJÀ EFFECTUÉES :**

(en comptant celle-ci) :

<sup>(1)</sup> : Mettre une croix dans la case correspondante

<sup>(2)</sup> : L'inscription est possible aux 2 modules optionnels