



Dossier de candidature

**Parcours certifiant**

**« Management de  
l'immobilier de santé »**

Modalités d'inscription :

**Le dossier de candidature comprend**

- La présente chemise de renseignements dûment complétée
- Une lettre de motivation accompagnée d'un CV

A renvoyer à :

**ESTP Paris  
Formation Continue  
2-4 rue Charras  
75009 PARIS**

**email : [inscription.inter@estp-paris.eu](mailto:inscription.inter@estp-paris.eu)**

**Contacts :  
☎ : 01 75 77 86 15**

NOM \_\_\_\_\_

Prénom(s) \_\_\_\_\_

Entreprise/structure \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_

Fonction précise \_\_\_\_\_

Diplôme/niveau (année d'obtention) \_\_\_\_\_

Statut  Cadre  ETAM  Employé

Inscription  par l'entreprise  À titre individuel

Téléphone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

■ **EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (emplois) Joindre un CV détaillé précisant les missions**

Dates	Fonction occupée	Entreprise et lieu	Durée
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

■ **FONCTION ACTUELLE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom ou raison sociale de l'entreprise \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

■ **MODE DE RÈGLEMENT DES FRAIS DE FORMATION, PREVU PAR LE CANDIDAT**

- Règlement par le candidat
- Règlement par l'entreprise
- Règlement par un tiers

*Dans ces deux derniers cas, veuillez indiquer : Nom, prénom et coordonnées de la personne qui honorera les frais de formation*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

