



NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse privée :

N° postal et localité :

Téléphone privé : * Téléphone portable :

Adresse e-mail privée :

EMPLOYEUR :

Adresse professionnelle :

N° postal et localité :

Téléphone professionnel :

Adresse e-mail professionnelle :

FONCTION DANS L'ENTREPRISE :

Depuis le : Nombre d'années dans la profession :

Quel certificat de capacité possédez-vous ? :

..... Délivré en :

Quel diplôme ou maîtrise possédez-vous ? :

..... Délivré-e en :

Quel autre titre ou diplôme possédez-vous ? :

..... Délivré en :

* **Veillez indiquer par une croix** → l'adresse à laquelle vous désirez recevoir votre courrier
→ le n° de téléphone et e-mail qui pourront être communiqués aux personnes concernées

Activité actuelle, je travaille à % uniquement la journée en soirée ou la nuit horaire mixte

Date : Signature :

Cette formule est à retourner par mail ou courrier postal, accompagnée d'un curriculum vitae et des copies des titres, à :

OFPC – Pôle Santé Social - rue Prévost-Martin 6 - case postale 192 - 1211 Genève 4