



## DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION COORDINATION DE SECTEUR MEDICO SOCIAL 2027

### **Modalités de dépôt de(s) dossier(s) de candidature**

- Le dossier et les pièces à fournir (voir page 2) sont à retourner en fichier "format PDF" intitulé de votre : **Nom de famille et du parcours (exemple : Nom de famille-CSMS).**

La taille du fichier PDF ne doit pas excéder 15 Mo.

- Ce dossier dûment complété et les pièces à fournir sont à retourner uniquement par courriel à l'adresse suivante : [contact@aisthesis-formation.fr](mailto:contact@aisthesis-formation.fr). **Les dossiers qui ne répondent pas au format demandé ne seront pas pris en compte dans l'examen des dossiers.**

Pièces justificatives à insérer dans l'ordre suivant :

1. Dossier de candidature complété
2. Un CV à jour
3. L'intégralité des diplômes obtenus

### **Conditions d'accès et calendrier de recrutement**

Après examen des dossiers de candidature, certains candidats sont retenus et convoqués à un entretien de motivation. Les convocations seront envoyées par courriel (**adresse mail obligatoire**).

Des visioconférences et/ ou appels téléphoniques pourront être mis en place.

**Date de remise des dossiers de candidatures :**  
**Du 01/09 au 16/10/2026**

## FORMATION CSMS SESSION 2027

### 1 COORDONNEES

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Nationalité :

Numéro de téléphone portable :

Email :

☐ J'accepte de recevoir par email des informations, actualités et propositions de formations d'AISTHESIS FORMATION.

### 2- VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

#### Quel est votre statut actuel

- ☐ 1-En poste ou travailleur indépendant
- ☐ 2- Etudiant
- ☐ 3-A la recherche d'un emploi
- ☐ 4-Autre, précisez : \_\_\_\_\_

- **Si vous avez répondu 1-** En poste ou travailleur indépendant

Contrat de travail : ☐ CDI      ☐ CDD      ☐ Contrat de professionnalisation/Apprentissage

☐ Autre : \_\_\_\_\_

Date de début de contrat :

Date de fin de contrat (si temporaire) : \_\_\_\_\_

Travaillez-vous à temps complet : ☐ oui      ☐ non

- Si non, quel temps de travail par semaine : \_\_\_\_\_

#### Fonction actuelle si concerné

#### Secteur :

- ☐ Secteur sanitaire
- ☐ Secteur médico-social
- ☐ Autres

#### Précisez le type de structure (EHPAD, Centre social, ...) :

**Quel est son statut :** ☐ Public ☐ Associatif ☐ Privé ESPIC ☐ Privé commercial ☐ Exercice libéral

**Description de votre mission :**

**Votre situation professionnelle :**

- **Si vous avez répondu 3-** A la recherche d'un emploi, êtes-vous inscrit(e) à France Travail (pôle emploi) ?

☐ Oui ☐ Non

*Une copie de l'attestation d'inscription à France Travail vous sera demandé à l'inscription*

### 3-DIPLOMES ET FORMATIONS

Année	Durée (jours)	Intitulé du Diplôme/Formation	Établissement de formation

### 4- PARCOURS PROFESSIONNEL Activités salariées ou non-salariées, bénévoles ou volontariat

DATES	Durée (jours)	Institutions / Employeurs	Poste/Mission occupé(e)

## 5- MOTIVATION POUR INTEGRER LA FORMATION

Pourquoi postulez-vous à la formation CSMS ?

Quelles sont selon vous les qualités nécessaires pour réussir dans le métier de CSMS ?

Avez-vous déjà une expérience dans le métier choisi ? Si oui, indiquez dans quel domaine ?

Comment pensez-vous être perçu(e) par votre entourage professionnel ?  
Vos atouts, vos points forts ?

Vos points faibles, ceux sur lesquels vous devez progresser ?

Fait à :

Le :