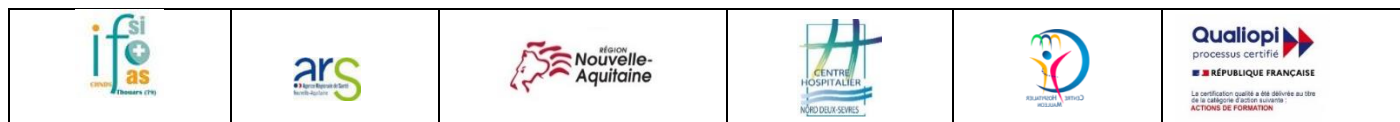


INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres 2 rue de l'Abreuvoir BP 60184 79103 THOUARS cx Tél : 05 49 66 47 70 Mail : ifsi@chnds.fr	PR1 - Communiquer, sélectionner et accueillir les candidats jusqu'à leur admission définitive	T3 N6-4-1 Version : 03/02/2022 CC/BG
	Sélection IFAS 2022 FICHE DE RENSEIGNEMENTS- N°2B ASH 6 MOIS + FORMATION 70 H	Page 1 sur 1



Pour un accès direct sans sélection en lien avec l'article 11-2 de l'arrêté du 12 avril 2021 N° 2B

Agent de Service Hospitalier (ou ASH Qualifié) 6 Mois + Formation 70 H

Justifier à la fois : - du suivi de la formation continue de 70 H relative à la participation aux soins d'hygiène, de confort et de bien-être de la personne âgée

- et d'une ancienneté de services cumulée d'au moins 6 mois en équivalent temps plein, effectués au sein d'un ou plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux des secteurs public et privé et dans des services d'accompagnement et d'aide au domicile des personnes.

IDENTITE

Sexe : F M

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

Prénom(s) : Nationalité :

Né(e) le : à Département /Pays:

Adresse du candidat :

Rue :

Code postal : Ville :

Téléphone portable : / / / / Courriel :

PIECES A FOURNIR

- Fiche d'inscription
- Fiche de renseignements
- Copie de votre carte d'identité
- Une lettre de motivation manuscrite
- Un curriculum vitae
- Certificat de votre (ou vos) employeur(s) indiquant la durée d'activité et votre quotité horaire en ETP
- Attestation de suivi de formation « renforcement des compétences – 70 H »
(Instruction DGOS/RH1/DGCS/2021/8 du 6.01.21 relative au renforcement des compétences des agents des services hospitaliers)
- Diplôme éventuel
- 2 enveloppes auto-adhésives format 23X16 cm libellées à vos nom, prénom et adresse
- 1 enveloppe format 1/2 A4
- 3 timbres tarif rapide en vigueur 20g.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude de l'ensemble des informations inscrites sur cette fiche de renseignements et de mon dossier d'inscription. Je m'engage à transmettre au secrétariat par écrit toute modification des données ci-dessus avant la rentrée en formation et au cours de ma formation.

Fait à Le :

Signature du candidat majeur
précédée de la mention « *lu et approuvé* »

Pour le candidat mineur,
NOM et Prénom des parents ou du tuteur légal :

.....
Signature des parents ou du tuteur légal
précédée de la mention « *lu et approuvé* » :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier complet : OUI NON