

**UNIVERSITE DE LUBUMBASHI
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE**

E-mails :

MasterESP2023@gmail.com

esp.unilu20@gmail.com

Site : www.espunilu.net

BP : 1825

LUBUMBASHI



Lubumbashi, le 25/10/2023



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION AU MASTER Options (encerclez) :

*(A remplir lisiblement, en lettres capitales et complètement - les
formulaires illisibles ou incomplets seront rejetés)*

SVP, les adresses électroniques doivent être correctement orthographiées !

- 1. Management des politiques et systèmes de santé**
 - Management des services et programmes de santé
 - Inspection et qualité des services et des programmes de santé
- 2. Epidémiologie, prévention et contrôle des maladies**
 - Prévention et contrôle des maladies
 - Nutrition et maladies non transmissibles
- 3. Santé, environnement et développement durable**
 - Environnement et santé humaine
- 4. Ecotoxicologie et santé**
- 5. Epidémiologie et biostatistique**

1. DONNEES PERSONNELLES ** (remplir en majuscules)

Nom de famille *Post noms (+ Prénoms)

Né(e) le:/...../..... à : Nationalité

Sexe:..... Etat matrimonial :

Adresse postale ** :

.....

Fax : Tél. : e-mail :

Adresse de résidence :

.....

Fax : Tél. : e-mail :

*** Ajoutez 2 photos d'identité récentes (format passeport)**

**** Veuillez nous communiquer vos coordonnées qui peuvent nous permettre de vous contacter : le(s) numéro(s) de téléphone, une adresse e-mail, ...**

2. FORMATION SECONDAIRE ET UNIVERSITAIRE :

2.2 FORMATION SECONDAIRE

Nom Institution	Lieu	Domaine d'études, Option	Diplôme d'ETAT (pourcentage)*	Durée : année début secondaire et année fin secondaire

2.2 FORMATION UNIVERSITAIRE : (remplir une année académique par ligne ; si plus, ajouter une feuille)

Institution	Lieu	Domaine d'études	Grades, diplômes et dates d'attribution*	Année académique (début-fin)
Internat	Lieu	Domaine d'activités		Période

***Joignez la copie certifiée conforme à l'original et traduite en français de vos diplômes, ainsi que les relevés de cotes et grades obtenus au cycle universitaire.**

3. FORMATION POST- UNIVERSITAIRE (remplir une formation par ligne ; si plus, ajouter une feuille)

Institution	Lieu	Domaine d'études	Grades, diplômes et dates d'attribution*	Année académique (début-fin)

4. POSTES OCCUPES *(depuis votre diplôme de médecin ou de licencié ou équivalent)*

Emploi actuel

Votre fonction :

Institution : Pays et lieu de travail :

Nom et adresse de l'employeur* :

.....

Cochez la réponse appropriée :

Milieu : Urbain, Rural

Type d'organisation : Public, Privé, ONG, Projet de coopération, Autres *(Préciser)*

Niveau d'intervention (système de santé) : Central, Intermédiaire, Périphérique

Durée de service: du .../.../.... au.../.../....

Type de travail et durée (mentionnez le pourcentage de votre temps dédié à chacune des activités ci-dessous) :

clinique :%, enseignement :.....%, programmes verticaux%

gestion :%, recherche :.....%, autres%

Résumé de vos responsabilités et activités :

(*Joignez la lettre de votre Chef qui marque son accord à votre intention de suivre cette formation).

Emploi précédent

Votre fonction:

Institution: Pays et lieu de travail :

Milieu : Urbain, rural

Nom et adresse de l'employeur* :

Type d'organisation: Public, Privé, ONG, Projet de coopération,

Autres (à préciser).....

Niveau d'intervention : Central, Intermédiaire, Périphérique

Durée de service: du.../.../... au .../.../...

Type de travail et durée (mentionnez le pourcentage de votre temps dédié à chacune des activités ci-dessous) :

clinique :% enseignement:.....%, programmes verticaux:.....%

gestion:% recherche :.....%, autres.....%

Résumé de vos responsabilités et activités :

Emploi précédent

Votre fonction:

Institution:Pays et lieu de travail :.....

Milieu : Urbain rural

Nom et adresse de l'employeur* :

Type d'organisation : Public, Privé, ONG, Projet de coopération,

Autres (*Préciser*).....

Niveau d'intervention : Central Intermédiaire. Périphérique

Durée de service: du...../...../..... au/...../.....

Type de travail et durée (mentionnez le pourcentage de votre temps dédié à chacune des activités ci-dessous) :

clinique :% enseignement:...%, programmes verticaux :....%

gestion :% recherche :....%, autres.....%

Résumé de vos responsabilités et activités :

Si vous avez occupé plus de postes, remplissez le tableau suivant pour les autres. Veuillez noter que le Comité de Sélection peut vous demander ultérieurement plus d'informations après examen de votre dossier.

Fonction	Pays/localité	Niveau d'intervention	Durée au poste (dates début et fin)

5. MOTIVATION

- Donnez dans l'espace du formulaire prévu à cet effet les raisons qui vous incitent à suivre le cours et ce que vous en attendez :

a) Les domaines d'études qui vous intéressent le plus

b) L'application des connaissances acquises que vous escomptez dans votre carrière

c) Décrivez brièvement un problème de gestion des services de santé rencontré dans vos activités qui vous tient particulièrement à cœur.

6. REFERENCES

Indiquez trois personnes n'ayant aucun lien de parenté avec vous et connaissant votre personnalité et vos capacités

Nom et Post noms (Titre ou fonction)	Adresse postale, fax ou e-mail
1) Votre lien avec cette personne :	E-mail : Adresse: Tél:
2) Votre lien avec cette personne :	E-mail : Adresse: Tél:
3) Votre lien avec cette personne :	E-mail : Adresse: tél:

7. PUBLICATIONS (joindre, le cas échéant, la liste en annexe)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. CONNAISSANCE DE LANGUE & INFORMATIQUE (Cochez la bonne réponse)	Très Bien	Bien	Assez Bien	Nul
Français				
Anglais*				
Informatique*				

***Pour l'Anglais et l'Informatique, prière joindre en annexe les pièces qui prouvent ce niveau de connaissance.**

9. BOURSES D'ETUDES

Disposez-vous d'un financement pour suivre ce cours de master ? (Cocher la bonne réponse)

Oui

Non

Nom de l'organisation :

(joindre la preuve de financement de vos études de master en annexe)

Avis du Comité de sélection

.....

Fait à Lubumbashi, le...../...../2022

Les membres du comité de sélection

P.S. AJOUTEZ LES DOCUMENTS REQUIS (Voir ci-dessus)

Je certifie que les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets puis m'engage à ne pas m'absenter lors des enseignements.

Nom, Post-nom, Prénom.....

Date/...../2023

Signature du Candidat

.....