



PROGRAMME HRP Alliance LID HUBS

FORMULAIRE DE DEMANDE DE BOURSE DE MASTER

COCHER L'OPTION DU MASTER

EPIDÉMIOLOGIE ET BIOSTATISTIQUES	<input type="checkbox"/>
PLANIFICATION ET MANAGEMENT	<input type="checkbox"/>
ECONOMIE DE LA SANTE	<input type="checkbox"/>
NUTRITION ET SANTE PUBLIQUE	<input type="checkbox"/>
INFORMATIQUE MEDICALE	<input type="checkbox"/>

1. ETAT CIVILE

Nom de de famille	.....	Prénom (s)	.....
Né le (jj/mm/aaaa)	.....	A (localité, Pays)	.....
Sexe	.....	Nationalité	.....
Statut matrimonial	.....	Adresse postale	.....
Téléphone	.....	FAX	.....
Email :	.....	

2. FORMATION UNIVERSITAIRE

Année universitaire	Institution	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu

3. FORMATION POSTUNIVERSITAIRE

Année universitaire	Institution	Intitulé de la formation	Diplôme obtenu

4. EMPLOI

Lister les emplois occupés les 5 dernières années en commençant par l'emploi actuel

Si vous avez occupé plus de deux postes précédents, remplir le tableau ci-après. En cas de besoin, le comité de sélection vous demandera ultérieurement des informations complémentaires.

Fonction occupée	Pays	Employeur	Année, durée dans le poste

6.- Références

Indiquer trois personnes (sans lien de parenté avec vous) connaissant particulièrement vos capacités.

1.- Nom et prénoms :
Titre ou fonction
Adresse postale
Tél.
Email

1.- Nom et prénoms :
Titre ou fonction
Adresse postale
Tél.
Email

1.- Nom et prénoms :
Titre ou fonction
Adresse postale
Tél.
Email

7.- Publications

Joindre la liste de vos publications et ou communications en annexe.

Je certifie que les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets

Fait à **le**

Signature

Le formulaire rempli, accompagné des copies certifiées des diplômes, certificats et attestations, doit être envoyé à l'adresse suivante :

Université Saint Thomas d'Aquin (USTA), Saaba, Bâtiment C, 2eme étage côté ouest

Ou par courrier : IASP, 12 BP 199 Ouagadougou

ou par Adresse mail : secretariat@iasp-bf.org