

PROGRAMME HRP Alliance LID HUBS

Formulaire de demande de bourse d'études

COCHER LA BOURSE A LAQUELLE VOUS POSTULEZ

- PhD en santé publique
- Master en santé publique Option.....
- Certificat en Méthodologie de la recherche
- Certificat en Suivi-évaluation des programmes
- DU en Santé Sexuelle et Reproductive

1. ETAT CIVIL

Nom 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

5 Motivations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Fait à le

Signature

Les demandes doivent être envoyées par mail à l'adresse suivante

inscriptions@iasp-bf.org