

Dossier de candidature

Mai 2026 | juillet 2027 Titre professionnel de niveau 7 Code RNCP [Code 36888] Code diplôme [CRN0300A]

Promo GEMMS 2026

Responsable d'Etablissements Médicaux et Médico-sociaux

Date commission admissibilité :	
Décision commission :	
A retourner par mail avec les pièces à joindre EN UN SEUL FICHIER pdf	
Cnam Paca Magali DECUGIS Tel: 06 99 40 87 23 magali.decugis@lecnam.net	
http://www.cnam-paca.fr	(Coller ici votre photo)
Nom:	
Prénom:	
Fonction actuelle:	
Pièces à joindre au dossier	
✓ Un rapport d'expérience de 3 pages maximum présentant vot professionnel, votre projet professionnel et vos motivations professionnel et vos motivationnel et	-
✓ Un curriculum vitae✓ Une photo	
✓ La photocopie des derniers diplômes	
✓ La photocopie de la pièce d'identité ou du passeport	

Merci de remplir précisément chacune des rubriques

Les certificats de travail justifiant d'au moins 3 ans d'expérience professionnelle dans

le secteur sanitaire ou médico-social



Identification du stagiaire Monsieur : | Madame : Nom: | Prénom: Nom de naissance: | Nationalité: Date de naissance: Lieu et département de naissance : | Adresse personnelle: | Code postal et ville: | Mail personnel: | Téléphone personnel: | Situation actuelle: | Statut : Salarié.e Demandeur d'emploi Autre: Identification de l'employeur | Nom établissement : | Nom association, groupe ...: Type d'établissement : | Type de publics accueillis, accompagnés ...: | Nom responsable: | Fonction: | Mail:



Diplômes (par ordre décroissant)

Année	Etablissement	Diplôme	Mention

Résumé de la trajectoire professionnelle (par ordre décroissant)

Date d'entrée	Durée	Organisme	Fonction et nature des tâches effectuées



Modalités financières Salarié.e	Droit d'inscription: 8 800€
□ CPF + Abondement employeur	
Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :	
Montant complémentaire pris en charge par employeur :	
Nom de l'entreprise/établissement :	
Code postal Ville :	
Contact:	
Téléphone:	
Mail:	
☐ Plan de développement des compétences Nom de l'entreprise/établissement:	
Code postal Ville :	
Contact:	
Téléphone:	
Mail:	
Than.	
□ CPF de Transition	
Agence régionale de rattachement :	
Code postal Ville :	
Contact:	
Téléphone:	
Mail:	
AUTRES CAS (A préciser) :	
Attestation de prise en charge employeur	A remplir par l'employeur
Je soussigné(e) Mme/M:	
Fonction:	
atteste la prise en charge des frais de formation de Mme/M.:	
pour un montant de :	
Contact:	
Faità: le:	
Mail:	

Signature et cachet de l'employeur



Modalités financières Demandeur d'emploi avec abondement	Droit d'inscription : 8 800 €
☐ CPF + Abondement pôle emploi	
Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :	
Demande de montant complémentaire pris en charge par pôle emploi :	
Nom de l'agence :	
Code postal Ville :	
Contact:	
Téléphone:	
Mail:	
☐ Contrat de professionnalisation	
1 Agence pôle emploi de rattachement	
Nom de l'agence :	
Code postal Ville :	
Contact:	
Téléphone:	
Mail:	
2 Entreprise/établissement	
Nom de l'entreprise/établissement :	
Code postal Ville :	
Contact:	
Téléphone:	
Mail:	
Modalités financières Demandeur d'emploi sans abondement	Droit d'inscription : 4 400 €
☐ CPF + Abondement individuel	
Montant CPF pris en charge par le bénéficiaire :	
Montant complémentaire pris en charge individuellement par le demandeur	d'emploi :
□ AUTO-FINANCEMENT	
☐ AUTRES CAS (A préciser)	