**Dossier de candidature
Certificat de spécialisation « Solvabilité II et Gouvernance »**

**Contact :**

Raphaelle EL AZZI - Coordinatrice pédagogique

raphaelle.el-azzi@lecnam.net
01.44.10.79.60

**ÉTAT CIVIL (en complément du CV)**

**M.** 􀂈 **Mme** 􀂈

**NOM** : **Prénoms :**

Nom de jeune fille :

Adresse personnelle :

Tél. :

Courriel :

Date de naissance : Lieu de naissance

Département :

Situation de famille : Nationalité :

**SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :**

Nom et adresse de l’employeur :

Tél. : Courriel :

**Numéro de Siret (obligatoire)** : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Votre adresse professionnelle : (si différente du siège) :

Nom du responsable de formation :

Tél. : Courriel :

Nom du DRH :

Date d’entrée dans les assurances : dans l’entreprise :

Indiquez votre fonction actuelle :

De quelle convention collective dépendez-vous ?

Rémunération annuelle brute : Classe :

Etes-vous : cadre  non cadre 

Comment comptez-vous faire prendre en charge votre formation ?

Quel est votre plus haut diplôme obtenu

**PARCOURS DE FORMATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année | **Formation suivie** **(niveau et intitulé de la formation)** | Etablissement | Diplômes obtenus*(date et lieu)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**PARCOURS PROFESSIONNEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Noms et adresses des employeurs | Nature des activités - Postes occupés | Période et durée |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

À …………………………………………, le …………………………………

Signature :