**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**PROJET DE FORMATION PASSERELLE D’INFIRMIER - SECTEUR PUBLIC**

**FORMULAIRE D’INSCRIPTION (à remplir par le travailleur)**

**IDENTITE** : (en caractères d’imprimerie)

NOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° REGISTRE NATIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXE  : M / F \*

RUE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° GSM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **SCOLARITE :**

Année scolaire dans laquelle vous avez obtenu le diplôme d’infirmier breveté ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous obtenu le diplôme d’infirmier breveté via le projet 600 du secteur public ?

\* Indiquer la réponse qui convient

|  |  |
| --- | --- |
| **OUI** | **NON** |
|  |  |

**PARCOURS PROFESSIONNEL** : au moins depuis le **1er septembre 2020** (expérience de minimum 3 ans dans une ou plusieurs institutions du secteur de soins (public ou privé) requise). Pour le secteur privé, joindre copie du contrat de travail.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’employeur** | **Fonction** | **Période du ... au ...** |
|  |  |  |
|   |  |  |

**TRAJET RACCOURCI**

Cette rubrique est à remplir **uniquement** si vous pouvez suivre un trajet raccourci (durée de moins de 3 ans) :

Nombre de crédits que vous avez obtenus : ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durée du trajet de formation que vous devez encore suivre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_/\_\_\_/2023 SIGNATURE DU CANDIDAT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 4 avril 2023**  de préférence par e-mail à l’adresse maribel@onss.fgov.be

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**

**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC**

**ATTESTATION DE L’EMPLOYEUR (à remplir par l’employeur)**

**DONNEES RELATIVES A L’EMPLOYEUR** : (en caractères d’imprimerie)

NOM DE L’INSTITUTION : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONNE DE CONTACT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° D’ENTREPRISE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MATRICULE ONSS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DONNEES RELATIVES AU TRAVAILLEUR CONCERNE** : (en caractères d’imprimerie)

NOM ET PRENOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° REGISTRE NATIONAL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE D’EMBAUCHE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FONCTION ACTUELLE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DUREE DE TRAVAIL hebdomadaire pour un temps plein : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DUREE DE TRAVAIL hebdomadaire du travailleur concerné au 31/08/2023\*\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODE NACE du travailleur \*\*\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **L’employeur donne la garantie que le candidat reste en service pendant la durée de la formation.**

OUI – NON \*

### DATE ET SIGNATURE DE L’EMPLOYEUR :

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 4 avril 2023** de préférence par e-mail à l’adresse maribel@onss.fgov.be

**ONSS –DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**

**\***  Entourer la réponse qui convient

**\*\*** Pour le travailleur qui bénéficie d’une pause carrière ou de prestations réduites, il convient d’indiquer, en cas de changement de la durée de travail hebdomadaire avant le 31/08/2023, les nouvelles prestations.

 **\*\*\*** Code NACE : en ce qui concerne les travailleurs des employeurs du secteur public local, il doit s’agir de travailleurs déclarés par l’employeur sous un des codes NACE suivants :

- 86101-86102-86103-86104-86109 : hôpitaux

- 86903 : ambulances

- 86904-86905-86906-86907-86909 : activités paramédicales

- 87101-87301-87302 : maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, résidences services pour personnes âgées

**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**PROJET « FORMATION 600 » - SECTEUR PUBLIC**

**ATTESTATION SCOLAIRE**

**CONTROLE EN CE QUI CONCERNE L’ACCES AUX ETUDES** :

Vous devez contacter une école de votre choix, qui organise la formation d’infirmier et dans laquelle vous souhaitez suivre les études d’infirmier si vous êtes sélectionné pour le projet de formation. Il revient à cette école de contrôler si la formation que vous avez déjà suivie vous donne accès aux études d’infirmier bachelier. **Dès lors cela ne signifie pas que vous devez vous inscrire pour suivre les études, ni que cette école est votre choix définitif.** Ce formulaire n’est pas non plus une preuve que vous êtes déjà sélectionné pour le projet de formation !

|  |
| --- |
| **A REMPLIR PAR L’ECOLE** |
| Dénomination de l’école :Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Cachet de l’école ) | Le responsable :**Je confirme par la présente** ( Nom et fonction ) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**que le diplôme de Monsieur ou Madame** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**a été examiné et pourrait donner accès au 1er septembre 2023** à **l**a formation d’infirmier bachelier ( *A1* )* Promotion sociale : O 3ème O 4ème O 5ème

L’intéressé(e) a déjà obtenu des crédits et peut suivre un trajet raccourci :Nombre de crédits déjà obtenus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durée du trajet de formation encore à suivre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date et signature du responsable |

**Après le 4 avril 2023, il ne sera plus tenu compte des candidatures incomplètes ou parvenues hors délais.**

Veuillez transmettre les formulaires **avant le 4 avril 2023,** de préférence par e-mail à l’adresse maribel@onss.fgov.be

**ONSS – DIRECTION MARIBEL SOCIAL**

**11, Place Victor Horta**

**1060 BRUXELLES**

**Tél  : 02/509.32.02 ( Mme Carine Mincke)**