

DIPLÔME UNIVERSITAIRE : INFIRMIER EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE 2025/2026

Photo

**Date limite des candidatures : 09 juin 2025 !**

Mme / M. NOM DE NAISSANCE : …………………………………………………………………………………………………………………

NOM D’USAGE : …………………………………………………………………… PRÉNOM : …………………….……………………………………

DATE DE NAISSANCE : **|** | **|** | **|**  | | |

LIEU DE NAISSANCE : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° DE SECURITE SOCIALE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE PERSONNELLE : ……………………………………………………………………………………………………………………………………

COMMUNE : **|** | | | | **|** …………………………………………………………………………………………………………………………

TÉLÉPHONE PORTABLE | | | | | | | | | |

TÉLÉPHONE DOMICILE | | | | | | | | | |

EMAIL PERSONNEL **| |**

EMAIL PROFESSIONNEL **| |**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR : ...............................................................................................................

ADRESSE PROFESSIONNELLE : ..................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

PROFESSION EXERCÉE : .............................................................................................................................................

SERVICE/UNITÉ : FONCTION IDE EN HYGIENE HOSPITALIÈRE OUI [ ]  NON [ ]

Depuis : (date)…………………………………

AUTRE SITUATION - Précisez : ..................................................................................................................................................

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL **|** | **|** | **|** | **|** | **|** | **|** poste **|** | | | |

## FORMATIONS SUIVIES, LIEU, ANNÉE :

* **DIPLÔMES OBTENUS, LIEU, ANNÉE :**
* **STAGES EFFECTUÉS, LIEU, ANNÉE :**

**LETTRE DE MOTIVATION POUR LE DIPLÔME :**

**CHOIX DES MODALITÉS D’ENSEIGNEMENT :**

[ ]  **FORMULE D.U. 1 AN (2025/2026) :**

|  |
| --- |
| **M 1 + M 2 + M 3 + M 4 + stage + mémoire** |
| **Prise en charge individuelle** | **Plein tarif** |
| 1768,00€ | 2996,00€ |

### OU

[ ]  **FORMULE D.U. 2 ANS (2025-2027) :**

*Le Comité Pédagogique préconise l’organisation suivante :*

**Année un :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Prise en charge individuelle****ind individuelle** | **Plein tarif** |
| **M I : les infections nosocomiales** *(113 heures)***M 3 : qualité - gestion des risques** *(45 heures)* | 1040,00€ | 1712,00€ |

### Année deux :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Prise en charge individuelle** | **Plein tarif** |
| **M 2 : management – pédagogie - communication** *(90 heures)***M 4 : méthodologie de la recherche***(13,5 heures)* | 1040,00€ | 1476,00€ |

*Cochez les cases correspondantes à l’année pendant laquelle vous suivrez les différents modules :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2025/2026** | **2026/2027** |
| **M I : les infections nosocomiales** *(113 heures)* |  |  |
| **M2 : management - pédagogie- communication** *(90 heures)* |  |  |
| **M 3 : qualité/gestion des risques***(45 heures)* |  |  |
| **M4 : Méthodologie de la recherche** *(13.5 heures)* |  |  |

* La soutenance du mémoire finalise la formation.
* Les cadres de santé peuvent être exemptés du module 2 après acceptation du Comité Pédagogique.

### OU : NOUVEAU !!

[ ]  **Choix d’un module M2 et /ou M3 au choix (2025/2026) après acceptation du Comité Pédagogique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **M 2 : management – pédagogie - communication** *(90 heures)* | 769,00€ | 1209,00€ |
| **M 3 : qualité/gestion des risques***(45 heures)* | 509,00€ | 738,00€ |
| **M 2 + M 3** | 1040,00€ | 1700,00€ |

Un certificat de réalisation vous sera délivré à l’issue du ou des modules choisis.

**Date et Signature :**

**Une réponse à votre candidature sera donnée à partir du 30 juin 2025 par un mail adressé à chaque candidat. Celui-ci sera accompagné, en cas de réponse favorable, du dossier d’inscription universitaire. Merci.**



**ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE**

(Document à produire en original et à joindre au dossier de candidature)

À l’attention de l’Université Jean Monnet, Formation Continue en Santé,

Je soussigné(e)................................................................................................................................................

Agissant en qualité de ..................................................................................................................................

**Nom de l’établissement :**

..........................................................................................................................................................................

Nom du signataire de la convention : …………………………………………………………………………………………………………………….

N° de SIRET complet (14 chiffres) : | | | | | | | | | |\_\_| | | |\_\_| | | |

Forme juridique : [ ]  Privé [ ]  Public [ ]  Association

Tél : .............................................. Email :.............................................................

S’engage à régler l’inscription souscrite au bénéfice de l’Université Jean Monnet, Formation continue en santé :

**NOM DE NAISSANCE du stagiaire :** ..........................................................................................................

**PRÉNOM du stagiaire :** ................................................................................................................................

À la formation (Intitulé exact de la formation) :

..........................................................................................................................................................................

Année universitaire : …………………………………………………………………………………………………………………………

Pour un montant de : ............................ correspondant aux frais de formation

Adresse de convention :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse de facturation. **Si facturation à un tiers (OPCALIA, AGEFOS, …) joindre OBLIGATOIREMENT un justificatif.**

**Aucune facture ne sera émise à un tiers si le justificatif n’est pas fourni.**

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Tél : ……………………………………………………………………… Mail : ..................................................................................................

**Responsable de la formation de l’établissement :**

Nom/Prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Tel :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Email : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Correspondant :**

Nom.................................................................................................................................................................

Téléphone : ..............................................................................................................................................

En cas d’absence, d’abandon ou de carence ultérieure de l’organisme financeur, pour quelque raison que ce soit, le stagiaire dans le cas du congé individuel de formation : CIF, …, ou l’employeur dans le cas d’une prise en charge de la formation continue, s’engage à régler le solde de la formation.

**Fait à : ………………………………………………. Le: ………………………………………………………………………………………**

**Nom et Signature du Responsable : Cachet de l’établissement :**

**COMPOSITION DU DOSSIER DE CANDIDATURE :**

* Le dossier de candidature **dûment complété et signé**
* 1 curriculum vitae
* 1 copie du diplôme infirmier et Cadre de santé (si tel est le cas)
* 1 photo d’identité
* L’attestation de prise en charge des frais de formation et des droits d’inscription de votre employeur (document ci-joint à remplir) **ou** une attestation d’inscription à titre personnel
* Une attestation d'emploi dans la fonction hygiène de votre dernier employeur

**Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.**

**Ce dossier est à renvoyer à Formation continue en Santé**

**Faculté de médecine Jacques Lisfranc**

**Pôle Santé Innovations 10, rue de la Marandière**

**42270 SAINT PRIEST-EN-JAREZ**

**Tél. : 04 77 42 14 08**

**Courriel : fcsante@univ-st–etienne.fr**