**MASTER REGIONAL COMMUNICATION, MEDIAS ET MARKETING DIGITAL EN SANTE**

**(MR-CMDS)**

**DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION**

Année 2024 - 2025

**Retrait des dossiers de candidature à la scolarité de l'Institut Nationale de Formation des Agents de Santé (INFAS) à partir du mois de Septembre 2024 de 08h30 à 13h30.**

**(Frais de dossier : 25 000 F)**

**Date limite de dépôt des dossiers : 31 Décembre 2024**

Les **trois formulaires** remplis :

. La lettre de motivation (feuillet n° 1)

. Le Curriculum Vitae (feuillet n° 2)

. L’attestation de prise en charge des frais d'inscription et de formation (feuillet n°3)

Le jury d'admission se réunira courant Juillet. Vous serez informé(e) de la suite donnée à votre candidature et aurez alors à confirmer votre accord par retour du courrier.

Les candidats admis à s'inscrire devront prendre ensuite une inscription définitive auprès de l'Institut Nationale de Formation des Agents de Santé (INFAS).

Les droits de formation sont fixés à mille six cent (1600£) euros, soit **un million (1 000 000) de Francs/CFA pour l’année.**

La somme de **1 000 000 Francs/CFA devant être totalement soldée dès la première année.**

Les **droits de scolarité de 200 000 FCFA et 6 500 de frais d’équivalence** doivent être intégralement versés à l’INFAS au plus tard 5 jours avant le début des cours.

**MASTER REGIONAL COMMUNICATION, MEDIAS ET MARKETING DIGITAL EN SANTE**

**(MR-CMDS)**

**DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION**

**Lettre de motivation. Objectifs professionnels et personnels** *(document manuscrit)*

**N.B. Cette lettre est importante pour le choix des candidatures. Veuillez écrire lisiblement en vous limitant au cadre proposé.**

**MASTER REGIONAL COMMUNICATION, MEDIAS ET MARKETING DIGITAL EN SANTE**

**(MR-CMDS)**

**CURRICULUM VITAE**

**Photo Obligatoire**

**ÉTAT CIVIL**

Nom patronymique ...................................... Nom marital ..............................................

Prénom ..................................... Sexe .................. Nationalité ..........................................

Date de naissance .............................. Lieu de naissance ..............................................

Adresse personnelle .............................................................................................................

................................................................................ Téléphone .................................. ..........

Portable ………………………………………………… E-mail …………………………………..

Adresse professionnelle ..................................................................................................... ..

.................................... Téléphone ................................ Télécopie ....................................

Portable ………………………………………………… E-mail …………………………………..

N° Police d’assurance …………………………………..

**FORMATION ET DIPLÔMES (joindre les photocopies)**

**TITRES ET FONCTIONS ACTUELS (très précisément)**

**PROFESSIONS ANTERIEURES**

**MASTER REGIONAL COMMUNICATION, MEDIAS ET MARKETING DIGITAL EN SANTE**

**(MR-CMDS)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE** | | |
|  | | |
| ***Obligatoire même en cas de refus*** | | |
| - Par l’employeur | **□** | Raison sociale ......................................................................... |
|  |  | Adresse ................................................................................... |
|  |  | .................................................................................................. |
| - Autre organisme | **□** | Nom et Adresse ...................................................................... |
| - Par vous-même | **□** | ……………………………………………………………………………. |

(En cas de refus de l’employeur)

# DEMANDE DU CANDIDAT

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

Sollicite, en fonction de mes titres, diplômes et expérience professionnelle, une inscription à la **Master régionale communication, médias et marketing digital en santé (MR-CMDS)**

Fait à ............................... le ................................. Signature

# ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

Je soussigné(e) M. ………………………………………Directeur de prend en

charge la totalité des frais d’écolage de la formation continues diplômantes selon le système Licence – Master-

Doctorat (LMD),de Mme/M/ Mlle au titre de l’année académique 2024- 2025 du cycle complet de la licence académique, soit 1 000 000 francs CFA pour les frais de scolarité de l’année académiques et 200 000 francs CFA/an pour les frais d’inscription à l’Université Alassane Ouattara de Bouaké (UAO) en vue de la **Master régionale communication, médias et marketing digital en santé (MR-CMDS)**

**ATTENTION MERCI DE PRECISER SI : LA FORMATION EST PRISE EN CHARGE**

**LA FORMATION N’EST PAS PRISE EN CHARGE**