



**Centre de Formation et d’Etudes**

**en Expertise Internationale**

###   *« Reprenez votre destin professionnel en main »*

***Le CAFEX est l’institut délocalisé de l’Institut des Experts internationaux de Genève à Dakar (C***ONVENTION N° 2017-001 du 6 janvier 2017 , renouvelée le 30 septembre 2018)

Autorisation Pro. N°00793/**MFPAA**/SG/DFPT/at du 02 novembre 2017

**Année professionnelle 2019**

**INSCRIPTION FORMATION ASSISTANT(E)S D’EXPERT**

**Formulaire d’inscription**

**II-présentation du candidat**

1-Civilités : Madame ( ) Mademoiselle ( ) Monsieur ( )

2-Prénom(s),Nom ---------------------------------------------------------------------------------------------------

3-Nationalité : --------------------------------------------------------------------------------------------------------

4-pays de résidence :-------------------------------------------------------------------------------------------------

4-**Occupations actuelles** -------------------------------------------------------------------------------------------

 5- **diplômes obtenus** : -enseignement supérieur ----------------------------------------------------------------

 -Enseignement professionnel -----------------------------------------------------------

6-**Secteur d’activités** : public ( ) privé ( ) société civile ( ) indépendant ( ) recherche d’emploi ( )

7-**Temps passé dans le secteur**  : 1- 3 ans ( ) 3-6 ans ( ) plus de 6ans ( )

8-**Poste occupé dans l’organisation**------------------------------------------------------------------------------

9-**Qualifications/compétences spécifiques**:1-------------------------------------------------------------------

 2---------------------------------------------------------------------

 3----------------------------------------------------------------

 10- **tâches courantes**  ( citez en 3 )------------------------------------------------------------------------------

-**Organisation (lieu de travail)**------------------------------------------------------------------------------------

11-**Tuteur hiérarchique**: Directeur Général ( ) Directeur ( ) PDG ( ) Secrétaire Général ( ) autres ( à préciser ---------------------------------------------( )

13-**adresse** : quartier/villa ------------------------------ commune-----------------département----------------

14-**contacts** : tel mobile : --------------------------------- mail :----------------------------------------

**15- Curriculum vita /** Joindre votre CV au formulaire d’inscription

**POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ**

.En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées dans le cadre de l'organisation de la formation. / By submitting this form, I accept that the information entered will be exploited as part of the organization of the training session.

 ( ) J'accepte / je refuse ( )