



UNIVERSITE DE LUBUMBASHI



FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE

Programme d'études approfondies en santé Publique 2019-2020

e-mail : [dea.sapu.medecine.unilu@gmail.com](mailto:dea.sapu.medecine.unilu@gmail.com)

Téléphone : + 243 (0)9.97104193, + 243 (0) 8.14651070, + 243 (0)  
9.97019720

2 photos d'identité  
récentes  
(format passeport),

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION AU DEA

**Options : MANAGEMENT EN SANTE PUBLIQUE ET  
CONTROLE DES MALADIES**

Les demandes doivent nous parvenir au plus tard le 31 aout 2019

(Date de clôture des inscriptions)

*(A remplir lisiblement, en lettres capitales et complètement - les formulaires  
illisibles ou incomplets seront rejetés)*

**SVP, les adresses électroniques doivent être correctement orthographiées !**

### 1. DONNEES PERSONNELLES \*\* (remplir en majuscules)

Nom de famille \* ..... Post noms (+ Prénoms) .....

Né(e) le: ...../...../..... à : ..... Nationalité .....

Sexe:..... Etat matrimonial :..... Poids :..... Taille :.....

Adresse postale \*\* :

.....

Fax :..... Tél. : ..... e-mail : .....

Adresse de résidence :

.....

Fax : ..... Tél. : ..... e-mail : .....

**\* Ajoutez 2 photos d'identité récentes (format passeport)**

**\*\* Veuillez nous communiquer vos coordonnées qui peuvent nous permettre de vous  
contacter : le(s) numéro(s) de téléphone, une adresse e-mail, ...**

**2. FORMATION SECONDAIRE ET UNIVERSITAIRE :****2.2 FORMATION SECONDAIRE**

| Nom Institution | Lieu | Domaine d'études,<br>option | Diplôme d'ETAT<br>(pourcentage)* | Durée : année<br>début secondaire<br>et année fin<br>secondaire |
|-----------------|------|-----------------------------|----------------------------------|---|
|                 |      |                             |                                  |   |

**2.2 FORMATION UNIVERSITAIRE : (remplir une année  
académique par ligne ; si plus, ajouter une feuille)**

| Institution | Lieu | Domaine d'études | Grades, diplômes<br>et dates<br>d'attribution* | Année<br>académique<br>(début-fin) |
|-------------|------|------------------|--|------------------------------------|
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |
|             |      |                  |  |                                    |

|          |      |                     |         |
|----------|------|---------------------|---------|
|          |      |                     |         |
| Internat | Lieu | Domaine d'activités | Période |
|          |      |                     |         |
|          |      |                     |         |

**\*Joignez la copie certifiée conforme à l'original et traduite en français de vos diplômes, ainsi que les relevés de cotes et grades obtenus au cycle universitaire.**

**3. FORMATION POST- UNIVERSITAIRE (remplir une formation par ligne ; si plus, ajouter une feuille)**

| Institution | Lieu | Domaine d'études | Grades, diplômes et dates d'attribution* | Année académique (début-fin) |
|-------------|------|------------------|--|------------------------------|
|             |      |                  |  |                              |
|             |      |                  |  |                              |
|             |      |                  |  |                              |

**4. POSTES OCCUPES** (depuis votre diplôme de médecin ou de licencié ou équivalent)

**Emploi actuel**

Votre fonction : .....

Institution : .....Pays et lieu de travail : .....

Nom et adresse de l'employeur\* : .....

.....

Cochez la réponse appropriée :

Milieu :         Urbain,                       Rural

Type d'organisation :  Public,  Privé,  ONG,  Projet de coopération,  Autres (*Préciser*)

Niveau d'intervention (système de santé) :  Central,         Intermédiaire,         Périphérique

Durée de service: du .... / .... / .... au .... / .... / ....

Type de travail et durée (mentionnez le pourcentage de votre temps dédié à chacune des activités ci-dessous) :

clinique : ..... %,         enseignement : ..... %,         programmes verticaux ..... %

gestion : ..... %,         recherche : ..... %,         autres ..... %

**Résumé de vos responsabilités et activités :**

(\* Joignez la lettre de votre Chef hiérarchique qui marque son accord à votre intention de suivre cette formation).

## **Emploi précédent**

Votre fonction:

Institution: ..... Pays et lieu de travail : .....

Milieu :  Urbain,  rural

Nom et adresse de l'employeur\* : .....

Type d'organisation:  Public,  Privé,  ONG,  Projet de coopération,

Autres (*à préciser*).....

Niveau d'intervention :  Central,  Intermédiaire,  Périphérique

Durée de service: du.../.../... au .../.../...

Type de travail et durée (mentionnez le pourcentage de votre temps dédié à chacune des activités ci-dessous) :

clinique : ..... %  enseignement:.....%,  programmes verticaux:.....%

gestion:..... %  recherche :.....%,  autres.....%

## **Résumé de vos responsabilités et activités :**

## **Emploi précédent**

Votre fonction: .....

Institution: .....Pays et lieu de travail :.....

Milieu :  Urbain  rural

Nom et adresse de l'employeur\* :

Type d'organisation :  Public,  Privé,  ONG,  Projet de coopération,

Autres (*Préciser*).....

Niveau d'intervention :  Central  Intermédiaire.  Périphérique

Durée de service: du...../...../..... au ...../...../.....

Type de travail et durée (mentionnez le pourcentage de votre temps dédié à chacune des activités ci-dessous) :

clinique :.....%  enseignement:....%,  programmes verticaux :....%

gestion :.....%  recherche :....%,  autres.....%

**Résumé de vos responsabilités et activités :**

Si vous avez occupé plus de postes, remplissez le tableau suivant pour les autres. Veuillez noter que le Comité de Sélection peut vous demander ultérieurement plus d'informations après examen de votre dossier.

| <b>Fonction</b> | <b>Pays/localité</b> | <b>Niveau d'intervention</b> | <b>Durée au poste (dates début et fin)</b> |
|-----------------|----------------------|------------------------------|--|
|                 |                      |                              |  |
|                 |                      |                              |  |
|                 |                      |                              |  |

## 5. MOTIVATION

- Donnez dans l'espace du formulaire prévu à cet effet les raisons qui vous incitent à suivre le cours et ce que vous en attendez :

a) Les domaines d'études qui vous intéressent le plus

b) L'application des connaissances acquises que vous escomptez dans votre carrière

c) Décrivez brièvement un problème de gestion des services de santé rencontré dans vos activités qui vous tient particulièrement à cœur.

## 6. REFERENCES

Indiquez trois personnes n'ayant aucun lien de parenté avec vous et connaissant votre personnalité et vos capacités

| Nom et Post noms (Titre ou fonction) | Adresse postale, fax ou e-mail |
|--------------------------------------|--------------------------------|
|--------------------------------------|--------------------------------|

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1)<br><br>Votre lien avec cette personne :<br>..... | E-mail :<br><br>Adresse:<br><br>Tél: |
| 2)<br><br>Votre lien avec cette personne :<br>..... | E-mail :<br><br>Adresse:<br><br>Tél: |
| 3)<br><br>Votre lien avec cette personne :<br>..... | E-mail :<br><br>Adresse:<br><br>tél: |

**7. PUBLICATIONS (joindre, le cas échéant, la liste en annexe)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

| <b>8. CONNAISSANCE DE LANGUE &amp; INFORMATIQUE (Cochez la bonne réponse)</b>   | Très Bien | Bien | Assez Bien | Non |
|---|-----------|------|------------|-----|
| Français  |           |      |            |     |
| Anglais*  |           |      |            |     |
| Informatique*   |           |      |            |     |
| <b>*Pour l'Anglais et l'Informatique, prière joindre en annexe les pièces qui prouvent ce niveau de connaissance. La connaissance de l'anglais est un atout dans le processus de sélection.</b> |           |      |            |     |

**9. BOURSES D'ETUDES**



Disposez-vous d'un financement pour suivre ce cours de DEA? (Cocher la bonne réponse)

Oui

Non

Nom de l'organisation : .....

**(joindre la preuve de financement de vos études de DEA en annexe)**

**P.S. AJOUTEZ LES DOCUMENTS REQUIS (Voir ci-dessus)**

**Je certifie que les renseignements donnés dans ce formulaire sont exacts et complets. Toute fausse déclaration préjudicie mon inscription.**

Nom, Post-nom, Prénom.....

Date ...../...../2018

Signature du Candidat

.....