|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Secrétariat central  Choisystrasse 1  Case postale  3001 Berne  Tél.: 031 388 36 38 |

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE**

**POUR UNE FORMATION PROFESSIONNELLE COMPLEMENTAIRE**

(Prière d’écrire en caractères d’imprimerie ou remplir avec ordinateur)

**1. SITUATION PERSONNELLE**

**1.1 Identité**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** |
|  |  |
| **Date de naissance** | **Email** |
|  |  |
| **Lieu d’origine** | **Etat civil** |
|  |  |
| **Adresse professionnelle** | **Adresse privée** |
|  |  |
| **Tél. professionnel** | **Tél. privé / Portable** |
|  |  |

**1.2 Autres charges de famille**

|  |
| --- |
|  |

**1.3 Membre ASI**

Numéro de membre:

Date de l'affiliation:

membre ordinaire  catégorie de membre taux d’activité 51 - 100%

catégorie de membre taux d’activité 11 – 50%

catégorie de membre sans activité lucrative ou max. 10%

catégorie de membre étudiant-e-s (formation de base en soins infirmiers)

catégorie de membre infirmière indépendante avec No RCC

Fonction au sein de l’ASI oui 🞏 non 🞏

Si oui, laquelle?

**2. SITUATION PROFESSIONNELLE**

**2.1 Diplôme de base en soins infirmiers**

HES Autre

ES (SG, HMP, PSY, IKP, DNII) Si autre, lequel ?

DNI

Date de l'obtention du diplôme:

Numéro d’enregistrement CRS:

**2.2 Formation professionnelle complémentaire déjà effectuée**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de formation** | **début fin** | **Certificats/Titres obtenus** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2.3 Activité professionnelle actuelle**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poste occupé** | **depuis le** | **Taux d’activité en %** |
|  |  |  |

**2.4 Expérience professionnelle antérieure** (sans éducation scolaire et formation de base)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction** | **début fin** | **Employeur** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**2.5 Formation planifiée**

|  |  |
| --- | --- |
| **Programme envisagé** (à joindre svp) | **Type de certification**  (certificat, diplôme, licence, doctorat, etc.) |
| **Nom de l’institution de formation** | **Adresse / Téléphone** |
| **Temps complet** | **Temps partiel / en cours d'emploi**  Si formation à temps partiel, taux  d’activité professionnelle possible       **%** |
| **Date du début de la formation:** | **Date de la fin de la formation:** |

**2.6 Motivation pour la formation prévue, projets d'avenir professionnel**

texte à indiquer

**3. SITUATION FINANCIÈRE**

(joindre un budget établi selon le formulaire „BUDGET“ annexé)

**3.1 Motifs de la demande d'aide financière**

texte à indiquer

**3.2 Avez-vous fait une demande à un autre organisme? oui 🞏 non 🞏**

Si oui, à quel organisme?

**3.3** **Avez-vous reçu une réponse?**

Si oui, laquelle? (joindre une copie)

**3.4 De quel montant minimum avez-vous besoin?**       **francs**

**3.5 Comment envisagez-vous de couvrir le reste de vos dépenses?**

texte à indiquer

**4. RÉFÉRENCES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Noms et prénoms** | **Fonction** | **Adresse et téléphone prof.** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**5. COMMENTAIRE**

**Lieu/date:**       **Signature:**

**Documents à joindre**:

* Budget selon formulaire annexé
* Copie de la dernière déclaration d’impôts
* Copie de la dernière taxation de l’office cantonal d’impôts
* Copie de la déclaration salariale actuelle
* Curriculum qui décrit votre situation professionnelle et privée
* Décision de l'employeur concernant une éventuelle participation à la formation continue
* Copie du descriptif du cours / des études que vous suivez
* Confirmation d’admission à la formation (si déjà en votre possession)

Ce formulaire dument et précisément rempli est à retourner à l’adresse suivante :

**ASI Secrétariat central**

**Aide financière formation professionnelle**

**Choisystrasse 1**

**Case postale**

**3001 Berne**