



PRÉSENTATION DE CANDIDATURE À UN COURS

Le gouvernement de

présente la candidature de la personne dont le nom figure ci-dessous à l'événement mentionné ci-dessous organisé dans le cadre du projet de coopération technique

Titre de l'événement :

Code de référence de l'événement :

Lieu :

Dates : YYYY-MM-DD - YYYY-MM-DD

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Nationalité :
Nom de famille (tel qu'il apparaît sur votre passeport) :	Deuxième nationalité (le cas échéant) :
Deuxième nom (le cas échéant, tel qu'il apparaît sur votre passeport) :	Numéro du passeport :
Prénom (tel qu'il apparaît sur votre passeport) :	Date de délivrance : YYYY-MM-DD
Date de naissance : YYYY-MM-DD	Lieu de délivrance :
Lieu de naissance :	Date d'expiration : YYYY-MM-DD

2. COORDONNÉES

Nom de l'établissement :
Adresse de l'établissement :
Boîte postale :
Code postal :
Ville :
Région/Département :
Pays :
Téléphones (avec code de pays/ville) :
Bureau :
Domicile :
Portable :
Courrier électronique (bureau) :
Courrier électronique (privé) :
Page Web :
Aéroport/ville le/la plus proche de votre résidence :

3. LANGUES ÉTRANGÈRES

Langue maternelle :				Description :		
Langue	Parler	Lire	Écrire			
				TRÈS BIEN (F)	Vous pouvez parler, lire et écrire dans cette langue comme dans votre langue maternelle	
				ASSEZ BIEN (W)		Vous pouvez facilement participer dans discussions, lire et écrire textes complexes
				AVEC DIFFICULTÉ (L)		

4. ÉTUDES

Date du début : YYYY-MM	Établissement :	
Date (anticipée) d'obtention du titre ou du diplôme : YYYY-MM	Ville de l'établissement :	Pays de l'établissement :
Titre ou diplôme (obtenu) :	Matière principale d'étude :	

	Spécialisation :	
Date du début : YYYY-MM	Établissement :	
Date (anticipée) d'obtention du titre ou du diplôme : YYYY-MM	Ville de l'établissement :	Ville de l'établissement :
Titre ou diplôme (obtenu) :	Matière principale d'étude :	
	Spécialisation :	
5. ÉTATS DE SERVICE RÉCENTS		
Travail actuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'institut/établissement :	Domaine de l'institut/établissement :	
Tâches :	Titre exacte du poste :	
Date du début – Date de fin : YYYY-MM - YYYY-MM	Adresse de l'institut/établissement (ville/pays) :	
Travail actuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'institut/établissement :	Domaine de l'institut/établissement :	
Tâches :	Titre exacte du poste :	
Date du début – Date de fin : YYYY-MM - YYYY-MM	Adresse de l'institut/établissement (ville/pays) :	
Travail actuel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom de l'institut/établissement :	Domaine de l'institut/établissement :	
Tâches :	Titre exacte du poste :	
Date du début – Date de fin : YYYY-MM - YYYY-MM	Adresse de l'institut/établissement (ville/pays) :	
6. SANTÉ ET RAYONNEMENTS		
Je déclare que je suis en bonne santé, exempt de maladies infectieuses, et je suis physiquement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non et mentalement apte à suivre l'activité pour laquelle je postule, loin de mon pays.		
Veuillez indiquer ci-dessous si vous avez une condition médicale ou infirmité qui pourrait limiter votre capacité à suivre l'activité pour laquelle vous postulez :		
<p>Un rapport médical de bonne santé signé par un médecin et daté de moins de trois mois à partir de la date de début de l'évènement doit être soumis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pour tout évènement de plus d'un mois ; • pour tous les candidats de plus de 65 ans quelle que soit la durée de l'évènement. 		
Êtes-vous couvert par un programme de surveillance des rayonnements dans votre pays ?		
<input type="checkbox"/> Oui Veuillez envoyer les enregistrements de dose des cinq dernières années.	<input type="checkbox"/> Non Veuillez envoyer : <ul style="list-style-type: none"> • Un rapport médical ou une déclaration personnelle que vous êtes apte à travailler avec des rayonnements ionisants ; • Information sur votre formation en protection radiologique ; • Les enregistrements de dose des cinq dernières années (si disponible). 	

Remarques concernant la surveillance de radiation :

7. DESCRIPTION DE VOS ACTIVITÉS

Activités antérieures du (de la) candidat(e) pertinentes à l'évènement :

8. PARTICIPATION ANTÉRIEURE À UNE ACTIVITÉ DE L'AIEA

Avez-vous déjà pris part à une activité de l'AIEA ? Oui Non

Si oui, veuillez énumérer chaque activité ci-dessous :

9. OBJECTIVES DU COURS DU POINT DE VUE DU GOUVERNEMENT

Comment le gouvernement profitera-t-il de la formation du (de la) candidat(e) ?

10.ACCEPTATION DU PAYS

Le gouvernement qui présente la candidature certifie :

- que tous les renseignements fournis par le (la) candidat(e) sont complets et exacts, et que le (la) candidat(e) a les compétences linguistiques nécessaires pour suivre le cours ;
- que, si les compétences linguistiques du (de la) candidat(e) sont insuffisantes, ou si l'état de santé du (de la) candidat(e) ne correspond pas à l'attestation du médecin qui l'a examinée, il accepte la responsabilité des conséquences qui peuvent en résulter et prendra à sa charge tous les frais correspondants ;
- qu'il a pris note que l'institution (ou les institutions) organisatrice(s), le(s) pays hôte(s) et l'institution (les institutions) hôte(s) déclinent toute responsabilité en ce qui concerne le remboursement de frais ou le versement d'une compensation pour endommagement ou perte de biens personnels ou en cas de maladie, blessure, incapacité ou décès du (de la) candidat(e) survenant pendant le voyage d'aller et de retour de son domicile ou lieu du cours ou pendant la durée de celui-ci, et que c'est au gouvernement qui présente la candidature de prendre en charge la couverture de ces risques ;
- que le (la) candidat(e) conservera, pendant son absence, le poste qu'il (elle) occupe actuellement et continuera, pendant la durée du cours, de recevoir le traitement et les indemnités y afférentes, afin de pouvoir faire face à ses obligations financières dans son pays ;
- qu'en cas d'acceptation de sa candidature, l'intéressé(e) se conduira de façon compatible avec son statut de participant et s'abstiendra de toute activité politique ou commerciale ;
- qu'il n'a connaissance d'aucun fait concernant la fiabilité et le caractère du (de la) candidat(e) qui justifierait qu'on lui refuse l'accès à des installations ou établissements nucléaires où des rayonnements ionisants sont utilisés.

SIGNATURE DE LA
CONTREPARTIE

NOM DE LA CONTREPARTIE

DATE (YYYY-MM-DD)

SIGNATURE DE L'OFFICIER
NATIONAL DE LIAISON

NOM DE L'OFFICIER NATIONAL DE
LIAISON

DATE (YYYY-MM-DD)

Important : Veuillez joindre une copie de votre passeport (ou d'une autre pièce d'identité si aucun passeport n'existe)!